



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Faculdade de Educação

Júlio César França Lima

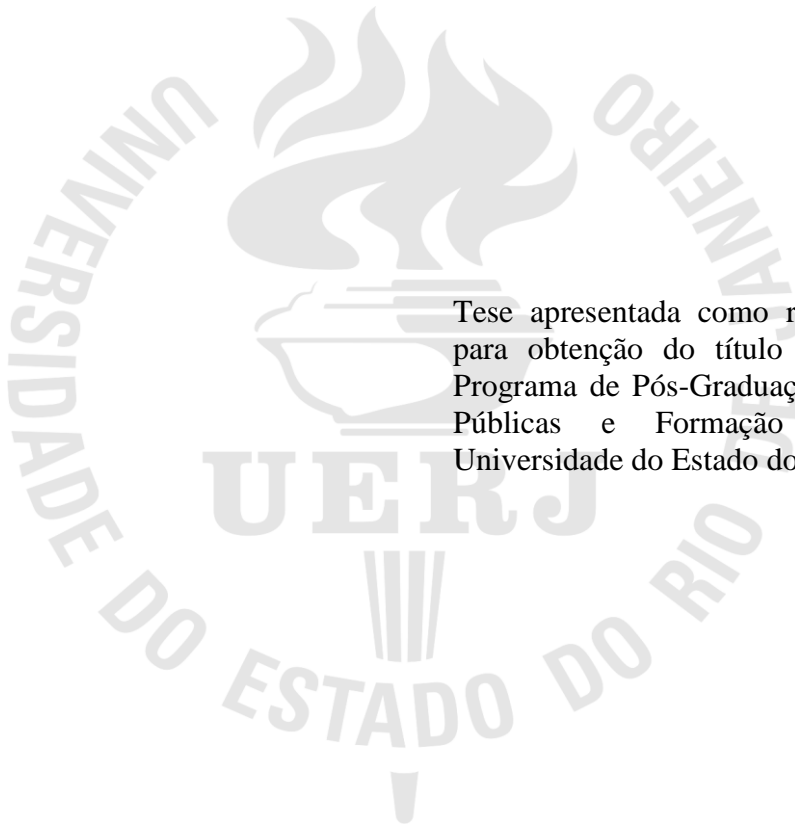
**Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de
Enfermagem**

Rio de Janeiro

2010

Júlio César França Lima

Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem



Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Gaudêncio Frigotto

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

L732	<p>Lima, Júlio César França. Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem. - 2010. 469 f.</p> <p>Orientador: Gaudêncio Frigotto. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação.</p> <p>1. Política de saúde – Teses. 2. Enfermagem – Teses. 3. Formação profissional – Teses. I. Frigotto, Gaudêncio, 1947- II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. III. Título.</p>
dc	CDU 614.39

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese.

Assinatura

Data

Júlio César França Lima

Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 07 de junho de 2010.

Banca Examinadora:

Prof^o. Dr^o. Gaudêncio Frigotto (Orientador)
Faculdade de Educação da UERJ

Prof^a. Dr^a. Ligia Bahia
Faculdade de Medicina da UFRJ

Prof^o. Dr^o. Zacarias Jaegger Gama
Faculdade de Educação da UERJ

Prof^a. Dr^a. Lucia Maria Wanderley Neves
Fundação Oswaldo Cruz

Prof^a. Dr^a. Marise Nogueira Ramos
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2010

AGRADECIMENTOS

Ao Gaudêncio Frigotto, orientador e amigo, que me acolheu no Programa de Pós-Graduação do PPFH e desde o mestrado têm contribuído e incentivado de forma segura e generosa o meu crescimento acadêmico e intelectual.

À Lúcia Maria Wanderley Neves pela interlocução privilegiada e pelo desprendimento em ler o trabalho e sugerir caminhos teórico-metodológicos fundamentais para o desenvolvimento deste estudo.

Aos companheiros da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, pelo convívio e construção cotidiana de uma outra proposta de educação pública e de país. Muito especialmente, André Malhão e Isabel Brasil, que compreenderam as exigências colocadas por essa investigação, liberando-me de tantos outros compromissos igualmente importantes.

À equipe do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica, em nome de Mônica Vieira, pelo convívio e estímulo pessoal e intelectual, mas sobretudo pela generosidade e solidariedade, que permitiram chegar ao término do estudo.

À equipe do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da EPSJV, em nome de Marise Ramos, pela compreensão e solidariedade nesse momento de imersão.

Aos trabalhadores da EPSJV que de forma direta ou indireta também contribuíram para a realização desse estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, professores, colegas de curso e profissionais da secretaria acadêmica, que alimentaram essa jornada em um ambiente de mútuo respeito e estímulo intelectual.

À Frida, amiga de todas as horas, pela escuta interessada e olhar atento, tantas vezes essenciais para que caminhos fossem descobertos e respostas fossem encontradas.

À Luara e Ana, minhas meninas, fonte sempre presente de força, alegria e esperança em um mundo melhor, pela paciência, afeto e carinho para enfrentar essa empreitada.

À minha família, especialmente Dona Eunice, minha mãe, que sempre apoiou a minha trajetória pelo mundo das letras.

Por último, mas não menos importante, à Janine, minha companheira, pelo incentivo de seguir em frente, pela acolhida nas horas de alegria e desespero, e pelo apoio na construção desse objeto, fundamentais nessa caminhada.

RESUMO

LIMA, Júlio César França. *Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem*. 2010. 438 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

O objeto de estudo desta tese é a formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem e sua relação com as políticas de saúde no Brasil. Abrange o período que se estende dos anos 1920 até os anos 2000, visando compreender o progressivo alargamento do patamar de formação para o trabalho na área. A tese defende que existe na atualidade brasileira uma tendência geral de aumento da escolarização dos trabalhadores técnicos de enfermagem, que progressivamente vai tornar o técnico de enfermagem junto com o enfermeiro de nível superior as principais categorias profissionais da área. Para orientar a análise utilizamos os conceitos trabalho simples e trabalho complexo, buscando apreender a formação profissional em sua totalidade e historicidade. Nessa perspectiva, a pesquisa analisa as políticas educacionais na área e as políticas de saúde, a progressiva racionalização do trabalho hospitalar, as iniciativas da categoria de enfermagem, notadamente o ‘Projeto Larga Escala’ e o Profae, as políticas neoliberais na atualidade materializadas na reforma do Estado e nas políticas de saúde de cunho privatizante, assim como a organização da burguesia de serviços de saúde. A conclusão do trabalho indica que o aumento da escolaridade dos trabalhadores técnicos de enfermagem está sendo determinado simultaneamente pelo conjunto dessas relações. Sinaliza também para a constituição de uma alternativa de caráter permanente na área de formação profissional em saúde, do ponto de vista do capital instalado no setor, expressa na organização do Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (SENASS) e do Serviço Social da Saúde (SESS), também conhecido como Sistema S da Saúde.

Palavras-chave: Política de Saúde. Formação Profissional. Enfermagem.

ABSTRACT

The subject of this thesis is the professional training of technical workers in nursing and its relation to the health policies in Brazil. It covers the period ranging from the 1920s to the 2000s, seeking to understand the gradual increase in the level of training for work in the area. The thesis argues that there is currently a general trend towards increasing the educational levels of technical workers in nursing in Brazil, a process which will progressively turn technicians as well as nurses into the main professionals categories in health area. To guide the analysis, we use the simple work and complex work concepts, seeking to understand professional training in its entirety and historicity. From this perspective, this study analyzes both the educational policies in the area and the health policies; the progressive rationalization of hospital work; the initiatives in the nursing category, notably the 'Large Scale Project' and the Profae; the neoliberal policies currently embodied in the reform of the State and of the health policies, which are privatizing in nature; and the organization of the health service bourgeoisie. The conclusion points out that the increased educational level among technical workers in nursing is being shaped, simultaneously, by all these relationships. It also points towards the formation of a permanent alternative in the training of health professionals in terms of the capital installed in the sector, as expressed in the organization of the National Service for Health Learning (SENASS) and of the Social Health Service (SESS), also known as "S" System of Health.

Keywords: Health Policy. Professional Training. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEMP	Associação Brasileira de Enfermeiros e Massagistas Práticos
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AG	Atenção Gerenciada
AID	Associação Internacional de Desenvolvimento
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
AMIL	Assistência Médica Internacional
AMILPAR	Amil Participações S.A.
AMS	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANPED	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
APSS	Atenção Primária à Saúde Seletiva
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD/BM	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BNH	Banco Nacional da Habitação
BSI	British Standards Institution
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAS	Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal
CBE	Conferência Brasileira de Educação
CEB	Câmara de Educação Básica
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEF	Caixa Econômica Federal
CEFET	Centro Federal de Educação Tecnológica
CEFOR	Centro Formador de Recursos Humanos em Saúde
CENDRHU	Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CEPM	Câmara de Ensino Primário e Médio
CESu	Câmara de Ensino Superior
CF	Constituição Federal
CFE	Conselho Federal de Educação
CGT	Confederação Geral dos Trabalhadores
CINTERFOR	Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CLAD	Conselho Diretivo do Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo
CLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMB	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social

CNC	Confederação Nacional do Comércio
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNF	Confederação Nacional das Instituições Financeiras
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSa	Confederação Nacional de Saúde
CNT	Confederação Nacional dos Transportes
CNTS	Confederação Nacional dos Trabalhadores de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONANGE	Conselho Nacional de Auto Regulamentação de Medicina de Grupo
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CQP	Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem para Técnico em Enfermagem
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DATAPREV	Dados da Previdência Social
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EAT-Check	Empresa de Alimentação do Trabalhador
EC	Emenda Constitucional
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESHO	Empresa de Serviços Hospitalares
ETF	Escolas Técnicas Federais
ET-SUS	Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FAB	Força Área Brasileira
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FASFIL	Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos
FAT	Fundo do Amparo ao Trabalhador
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FEB	Força Expedicionária Brasileira
FEHOSPAR	Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Paraná
FEHOSUL	Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
FENAESS	Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde
FENASEG	Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FPS	Frente Parlamentar da Saúde
FS	Força Sindical
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GATT	Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio
HMO	Health Maintenance Organizations
IAIA	Instituto de Assuntos Interamericanos
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IAPTEC	Instituto de Previdência e Assistência dos Empregados em Transportes e Cargas
IBGC	Instituto Brasileiro de Governança Corporativa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICN	Conselho Internacional de Enfermeiras
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
IRB	Instituto de Resseguros do Brasil
IRPF	Imposto de Renda Pessoa Física
IRPJ	Imposto de Renda Pessoa Jurídica
ISS	Imposto Sobre Serviços
IVDA	Índices de Valorização de Desempenho Hospitalar Ambulatorial
IVDH	Índices de Valorização de Desempenho Hospitalar
JCI	Joint Commission Internacional
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MCO	Managed Care Organizations
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MES	Ministério da Educação e Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NIAHO	Integrated Accreditation for Healthcare Organizations
NOB	Norma Operacional Básica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Plano de Assistência Integral à Saúde

PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PASEP	Formação do Patrimônio do Servidor Público
PAT	Programa de Alimentação do Trabalhador
PATCO	Professional Air Traffic Controllers Organization
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PEC	Programas de Extensão de Cobertura
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIN	Programa de Integração Nacional
PIPMO	Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-Obra
PIS	Programa de Integração Social
PL	Projeto de Lei
PLUS	Plano de Localização de Unidades de Serviços
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNBE	Pensamento Nacional das Bases Empresariais
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento Social
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano de Pronta Ação
PREPPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFAPS	Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PROTEC	Programa de Expansão e Melhoria do Ensino Técnico
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PT do B	Partido Trabalhista do Brasil
QP	Qualificação Profissional
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
REBEn	Revista Brasileira de Enfermagem
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social
SAMETS	Sistema de Acompanhamento de Sinais do Mercado de Trabalho em Enfermagem
SCC	Sistema de Certificação de Competências do Profae
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SENAR	Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
SENASS	Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde
SENAT	Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte
SESC	Serviço Social do Comércio
SESCOOP	Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo
SESI	Serviço Social da Indústria

SESS	Serviço Social da Saúde
SEST	Serviço Social do Transporte
SFH	Sistema Financeiro de Habitação
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINAMGE	Sindicato das Empresas de Medicina de Grupo
SINO	Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNFM	Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TEMOS	Telemedicine for the Mobile Society
UDN	União Democrática Nacional
UNAE	União Nacional dos Auxiliares de Enfermagem
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIDAS	Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas
UNIMED DO BRASIL	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	O NASCIMENTO DO HOSPITAL E DA ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO	37
1.1	O hospital nos primórdios do mercantilismo e a enfermagem prática	37
1.2	O hospital moderno e a profissionalização da enfermagem	49
2	A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM MODERNA NO BRASIL, O MODELO DAS MISERICÓRDIAS DE FORMAÇÃO TÉCNICO-PROFISSIONAL E A CRIAÇÃO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM	66
2.1	A enfermagem no Brasil e o perfil polivalente de formação dos enfermeiros	66
2.2	As misericórdias e os práticos de enfermagem no Brasil	75
2.3	Enfermeiros e práticos, ou sobre a polarização ensino <i>versus</i> prática	80
2.4	A assistência médica na medicina previdenciária como concessão e não como direito	98
2.5	A expansão da medicina previdenciária e a criação do auxiliar de enfermagem, ou sobre a organização do ensino em graus	111
3	CAPITALIZAÇÃO DA MEDICINA E A POLÍTICA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS TRABALHADORES TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE 1960 A 1980	127
3.1	O Estado interventor e o desenvolvimento do pensamento econômico em saúde	127
3.2	O processo de capitalização da medicina no Brasil	143
3.3	Os programas de extensão de cobertura, a consolidação da <i>burguesia empresarial nacional</i> e a ‘crise da previdência’	160
3.4	O fetiche do mercado de trabalho em enfermagem e o caráter pendular da formação de auxiliares de enfermagem	187
3.5	Reforma sanitária e o debate em torno da formação profissional dos trabalhadores técnicos de saúde	213

4	A BURGUESIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE E OS NOVOS RUMOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS TRABALHADORES TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NO BRASIL, NO PERÍODO 1990-2009	247
4.1	A reconfiguração do capitalismo mundial o ajuste neoliberal nas áreas da saúde e da educação	247
4.1.1	<u>O ajuste neoliberal na saúde</u>	262
4.1.2	<u>O neoliberalismo da Terceira Via e o ‘rejuvenescimento’ da teoria do capital humano</u>	276
4.2	Os ‘novos donos do mundo’ e o ‘novo universalismo’ da saúde	290
4.3	A contrarreforma inconclusa do SUS, a organização da <i>burguesia de serviços de saúde</i> no Brasil e os novos rumos da formação dos trabalhadores técnicos de enfermagem	331
4.3.1	<u>Anos 1990: a construção do Estado Gerencial, a organização da <i>burguesia de serviços de saúde</i> e a criação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae)</u>	333
4.3.2	<u>Do PROFAE ao Sistema S da Saúde</u>	412
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	440
	REFERÊNCIAS	448

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo dessa tese é a formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem e sua relação com as políticas de saúde no Brasil, abrangendo o período que se estende dos anos 1920 até os anos 2000, buscando compreender o progressivo alargamento do patamar de formação para o trabalho na área. Os trabalhadores técnicos de enfermagem são aqui compreendidos como aqueles que exercem atividades técnico-científicas no interior da área, não restringindo essa noção à escolaridade destes como frequentemente se faz, isto é, só considerando técnico aquele que detém o ensino médio completo.

Historicamente esses trabalhadores, na sua maioria mulheres, compõem três categorias profissionais: os atendentes de enfermagem, conhecidos anteriormente como práticos de enfermagem, o primeiro trabalhador institucionalizado na área com patamar de escolaridade equivalente ao antigo ensino primário - atuais quatro primeiras séries do ensino fundamental; os auxiliares de enfermagem, aos quais se exige atualmente a conclusão do ensino fundamental; e os técnicos de enfermagem, que são habilitados com o ensino médio completo. Ou seja, formam uma hierarquia de trabalhadores, que reproduz no interior do trabalho em saúde a mesma organização hierárquica que ocorre dentro da produção material, não só devido ao incremento incessante de inovações tecnológicas, mas também pela necessidade de valorização e acumulação do capital.

Apesar de constituírem o maior contingente dentre o conjunto de trabalhadores técnicos que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) (Vieira *et al*, 2003), os estudos sobre a formação profissional desses trabalhadores são escassos ou praticamente inexistentes. A literatura na área de saúde prioriza geralmente os estudos sobre os profissionais de nível superior, principalmente médicos e enfermeiros, e enfatizando, na sua maioria, a dimensão técnica do trabalho e da educação, no suposto de que o processo educativo deve adequar os ‘recursos humanos’ aos modelos de organização dos serviços de saúde (Schraiber e Peduzzi, 1993).

Na área de enfermagem, a produção teórica concentra-se na investigação do processo de trabalho do enfermeiro ou genericamente da enfermagem (Peduzzi e Anselmi, 2004). Em estudo bibliográfico recente da produção científica sobre recursos humanos de enfermagem no Brasil, no período 1986-2003, Costa e Silva e Peduzzi (2006) apontam que os estudos se

concentram em três áreas: administração e gerenciamento de enfermagem (37,0%), trabalho/prática de enfermagem (28,0%) e educação e formação profissional (24,0%). Nessas categorias, os estudos privilegiam principalmente as discussões em torno do dimensionamento do pessoal de enfermagem, saúde do trabalhador de enfermagem e educação profissional de nível técnico e superior, respectivamente. Do total de 162 resumos selecionados pelas autoras, apenas quatro referem-se ao trabalho/prática do pessoal de enfermagem e onze à educação profissional, mas com ênfase na educação em serviço, temática também presente na área de administração e gerenciamento de enfermagem.

Segundo o levantamento que realizamos os estudos que tratam da formação profissional em saúde e, particularmente em enfermagem, emergem nos anos 1980 no bojo das discussões em torno da reforma sanitária brasileira e da operacionalização do Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Saúde, mais conhecido como 'Projeto Larga Escala'. A partir dos anos 2000, eles se desenvolvem tomando como referência o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae). Entretanto, a preocupação central da maioria dos estudos é a profissionalização dos trabalhadores já inseridos no mercado de trabalho em saúde, ou mais especificamente em torno da requalificação dos atendentes de enfermagem em auxiliares de enfermagem.

Em outras palavras, não encontramos estudos que tratem de maneira articulada as três categorias profissionais – atendentes, auxiliares e técnicos -, nem que abordem a formação profissional desses trabalhadores na sua totalidade e historicidade. Do ponto de vista da totalidade, isso significa dizer que a formação profissional tem que ser entendida em sua relação com “o conjunto da vida social, com o conjunto histórico do momento, isto é, com os aspectos sociais, econômicos, políticos, religiosos, de classes sociais, etc.” (Lowy, 1988, p.16). Nesse sentido, não existe uma formação profissional isolada da realidade social. É a partir das relações que estabelecemos entre esta e o conjunto da vida econômica, política e social, que podemos apreender o seu significado.

Em relação à historicidade da formação profissional, significa dizer que ela é “produto da ação humana e, portanto, [pode] ser [transformada] por essa ação” (Lowy, 1988, p.15). Nesse sentido, sua forma e conteúdo não são eternas, naturais ou neutras. Ao contrário, expressam uma determinada direção e um sentido que se pretende dar à formação profissional desses trabalhadores, de modo específico, e às práticas de saúde, de maneira geral, que pode ser tanto para conservar como para transformar a formação e as práticas.

O interesse por essa temática – formação dos trabalhadores técnicos de saúde, tem início com a minha inserção institucional na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), em 1986, e as discussões em torno da formação politécnica, que ao visar a superação da dualidade entre cultura geral e cultura técnica, aponta para a necessária explicitação no ensino médio da relação entre ciência e processo produtivo, a compreensão da relação entre tecnologias e os saberes das ciências naturais, humanas e sociais, sem reduzi-las aos componentes que formem exclusivamente para o mercado de trabalho. Uma formação compreendida não como domínio de uma multiplicidade de técnicas fragmentárias, mas como domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que presidem o processo de trabalho produtivo moderno (Saviani, 2003).

Mais especificamente o interesse pela formação dos trabalhadores técnicos de enfermagem inicia-se no mestrado em educação (Lima, 1994). Na dissertação busco analisar as relações existentes entre o avanço científico-tecnológico do saber epidemiológico, entre o final do século XIX e a década de 20 do século passado, e a eliminação/re-criação de determinadas práticas sanitárias, que exige concomitantemente a formação de um novo tipo de trabalhador: as enfermeiras de higiene. Um novo trabalhador e uma nova formação articulada com as novas funções que o Estado, a partir dos anos 1920, passa a assumir no campo da saúde e da educação, no Brasil. Isto é, articulada com a dimensão ético-política de formação de um novo homem, na qual à higiene cabia desenvolver uma ‘missão civilizadora’ de higienização do meio, mas também higienizar as teorias sociais e humanas através da biologização do social (Cardoso de Melo, 1981).

A reestruturação produtiva do trabalho em saúde pública daí decorrente vai se basear no modelo médico-sanitário, que ao implicar em novas práticas sanitárias com a proposta de criação dos centros de saúde, ao mesmo tempo extingue os desinfectores da época de Oswaldo Cruz como categoria profissional, e os substituem pelas modernas desinfetadoras, as enfermeiras de higiene¹. A partir desse momento, as ações de saúde pública que antes privilegiavam fundamentalmente a intervenção sobre o meio ambiente, típica do modelo bacteriológico, passam a priorizar as intervenções sobre o homem, que se torna o alvo central da prática sanitária, através da vigilância epidemiológica, da desinfecção concorrente e da educação sanitária.

¹ Podemos dizer que a primeira iniciativa do Estado brasileiro na formação de trabalhadores técnicos de saúde, com o patamar de escolaridade equivalente ao atual ensino médio, é a abertura da Escola de Enfermeiras vinculada ao antigo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1923, atualmente denominada Escola de Enfermagem Anna Nery.

Posteriormente, fomos surpreendidos com o levantamento realizado pelo Profae, projeto criado e operacionalizado pelo Ministério da Saúde (MS) a partir do ano 2000, que revelou a existência de cerca de 225.000 trabalhadores sem qualificação específica trabalhando nos serviços de saúde como atendentes de enfermagem, no país. Ao me debruçar na análise desta temática, os estudos indicavam que apesar da proibição legal de contratação desse trabalhador, após a aprovação da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498/1986), tanto os serviços públicos como privados continuaram contratando atendente de enfermagem sob outras denominações, tais como, agente operacional de serviços diversos, agente de atividade de saúde, agente de serviços médicos, agente hospitalar, maqueiro e outros.

Mais recentemente, o interesse pela formação profissional desses trabalhadores se renovou tendo em vista uma tendência que começa a se esboçar no final dos anos 1990, de tornar o ensino médio completo o patamar mínimo para o ingresso destes no mercado de trabalho em saúde. Vários sinais de origens diversas tem sido emitidos que dão suporte a essa afirmação. No período 1999-2002, por exemplo, de acordo com a Pesquisa Assistência Médica Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (AMS/IBGE),² observa-se que o número de postos de trabalho de técnicos de enfermagem cresceu a uma taxa superior aos postos de auxiliares, indicando que os serviços de saúde de maneira geral, mas principalmente os serviços privados, estão contratando trabalhadores com maior nível de escolaridade (Vieira *et al.*, 2003).

Essa informação é confirmada pela Pesquisa AMS/IBGE, 2005, que aponta que o setor público é responsável por 54,1% dos postos de trabalho de nível técnico/auxiliar. Entretanto, enquanto este setor possui 60,5% dos postos de auxiliar de enfermagem, no setor privado encontram-se 57,6% dos postos de trabalho dos técnicos de enfermagem, indicando que os trabalhadores com maior nível de escolaridade estão sendo absorvidos pelo setor privado de saúde (IBGE, 2007). Segundo levantamento do Observatório dos Técnicos em Saúde da

² A Pesquisa AMS/IBGE é uma pesquisa censitária, realizada através de entrevista, que abrange todos os estabelecimentos de saúde existentes no país que prestam assistência à saúde individual ou coletiva, com um mínimo de técnica apropriada, de acordo com normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, sejam em regime ambulatorial ou de internação, inclusive os de diagnose, terapia e controle regular de zoonoses, públicos ou particulares, com ou sem fins lucrativos. Essa pesquisa não permite verificar os postos de trabalho ocupados por atendentes de enfermagem, pois utiliza uma categoria ampla denominada Atendente/Auxiliar de serviços diversos assemelhados que agrega diversas ocupações, o que subestima o total de postos de trabalho ocupados efetivamente pelos trabalhadores técnicos de enfermagem nos estabelecimentos de saúde. As informações sobre os trabalhadores técnicos de saúde, de 2005, foram organizadas pelo Observatório dos Técnicos de Saúde da EPSJV/Fiocruz.

EPSJV, entre 2002 e 2005, enquanto a taxa de crescimento anual dos postos de trabalho de auxiliares de enfermagem cresceu 1,1%, a de técnicos de enfermagem foi de 24,9%.

Além disso, em 2003, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) emite a resolução 276, concedendo até cinco anos após o registro, renováveis a cada ano, apenas para a inscrição provisória dos auxiliares de enfermagem, por considerar que o certificado escolar é emitido como Qualificação Profissional de Auxiliar Técnico, itinerário para Habilitação do Técnico de Enfermagem. A partir de então, o registro profissional definitivo só é concedido para quem é considerado *Habilitado* para exercer a profissão – Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros, o que, segundo o Cofen, não é o caso dos *Qualificados* – Auxiliares de Enfermagem.

Essas questões se tornam ainda mais expressivas quando levamos em consideração o levantamento realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem e Conselho Federal de Enfermagem (ABEn/Cofen), em 1983. À época, dos 304.287 mil trabalhadores de enfermagem, 8,5% eram representados pelas enfermeiras, 6,6% pelos técnicos de enfermagem, 21,15% pelos auxiliares de enfermagem e 63,8% pelos atendentes de enfermagem. Ou seja, os atendentes de enfermagem, antigos práticos de enfermagem, eram o principal agente de trabalho, totalizando 194.154 mil trabalhadores, na sua maioria mulheres na faixa etária de 30 a 59 anos. Desse total, 22,8% detinham o 1º grau completo e 15,2% apresentavam o 2º grau completo; 66,6% haviam freqüentado cursos de atendentes e o restante não haviam freqüentado cursos ou haviam recebido algum tipo de treinamento em serviço; e na sua maioria auferiam de 1 a 3 salários mínimos, tal qual os auxiliares de enfermagem. Embora a maior parcela tenha freqüentado cursos, na verdade estes se caracterizavam por serem informais, sem exigência de escolaridade e ofertados por instituições privadas. Na área de enfermagem, esses cursos ficaram conhecidos como ‘cursos de garagem’, muito frequentes até a segunda metade da década de 80 e que desapareceram por pressão do Cofen, criado em 1973 (Lima *et al.*, 2002).

Por estas razões, esse período ficou marcado por um fenômeno que alguns autores denominam de *proletarização da enfermagem*. Isto é, a presença de um grande contingente de trabalhadores no interior dos serviços de saúde exercendo atividades de enfermagem sem formação profissional na área, apenas com treinamentos pontuais para as tarefas requeridas pelo posto de trabalho. Isso ensejou nos anos 1980 uma ampla articulação capitaneada principalmente por enfermeiras, no bojo do que se tornou conhecido como movimento

sanitário brasileiro, para a abertura de escolas técnicas públicas, atualmente organizadas em torno da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS).

Em outras palavras, após 60 anos (1923-1983) de institucionalização da enfermagem moderna no país, com a criação da Escola de Enfermeiras do antigo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), nos anos 1980 o patamar de escolarização para o trabalho na área era de quatro anos, com a presença maciça dos atendentes de enfermagem como a principal força de trabalho. No entanto, em 20 anos (1983-2003), ainda que pese a presença de um grande contingente de auxiliares de enfermagem no mercado de trabalho setorial, verifica-se a tendência de extinção desta categoria profissional tal qual ocorreu com os atendentes de enfermagem a partir de 1986, pelo estabelecimento do ensino médio como patamar mínimo de escolarização para registro no Conselho Profissional e de ingresso no mercado de trabalho.

Diante desses fenômenos começamos a questionar o que poderia explicar essas mudanças na hierarquia profissional dos trabalhadores técnicos em enfermagem? O processo de trabalho em saúde está exigindo a elevação da escolaridade desses trabalhadores? Que mudanças estão ocorrendo no setor saúde e na sociedade brasileira?

Nessa direção, o artigo do grupo de pesquisa Brighton Labour Process Group³ (1991) sugere indicações teórico- metodológicas que ajudam a orientar a análise. Em primeiro lugar, dizem que a estrutura real do processo de trabalho capitalista não é historicamente determinada pela lógica abstrata da acumulação de capital, uma vez que as relações de produção capitalistas só podem ser reproduzidas como uma totalidade de relações sociais. Isto é, a análise do desenvolvimento do processo de trabalho no interior do capitalismo tem de levar em conta tanto a lógica da acumulação como a luta de classes que ocorre num contexto mais amplo. “Daí a necessidade de trabalhar os vínculos entre mudanças no processo de trabalho capitalista e mudanças na composição das classes, nas estruturas políticas, no papel do estado capitalista [...] e nas relações interestatais” (Brighton Labour Process Group, 1991, p.41).

Em segundo lugar, chamam a atenção que a relação capital-trabalho, “a um nível social geral, não pode ser deduzida da relação capital/trabalho no interior da produção ou reduzida a ela”. Essa relação é reproduzida, “dentro da formação social como um todo, ao nível social e não ao nível da empresa, através de práticas sociais complexas” (idem, p.41).

³ Esse grupo de pesquisa sistematiza as discussões sobre o processo de trabalho capitalista a partir de O Capital e o Capítulo VI, inédito, de Marx.

Por último, apontam que o processo de trabalho capitalista não esgota as formas de processo de trabalho no interior de uma formação social capitalista, na medida em que “podem-se encontrar no interior de qualquer formação social particular muitos processos de trabalho que não estão (ou não estão diretamente) sob o domínio da lei do valor”. Entretanto, apesar de manterem relações indiretas com o funcionamento da lei do valor são, contudo, de importância central “como aspectos das condições gerais sob as quais está ocorrendo a valorização do capital”, entre eles, os processos de trabalho que se dão sob a direção do Estado (idem, p.41-42), como os de saúde e educação.

Considerando o trabalho em saúde, em particular, como as questões postas por esse grupo de pesquisa se expressam no seu interior? Procurando nos aproximar dessa discussão podemos dizer, antes de tudo, que o trabalho em saúde é um tipo de trabalho que surge a partir do momento em que o homem procura dar respostas às suas necessidades de saúde. Precisamente, quando começa a se perguntar sobre seus carecimentos e as possíveis formas de resolvê-los, fundando e enriquecendo-o com as mediações que articula para satisfazer tais necessidades, que variam de sociedade para sociedade e dentro de uma mesma sociedade em distintos momentos históricos, configurando aos poucos uma estrutura de normatividade em que os homens vão definindo o que é normal e patológico para a vida social e individual.

Essa dimensão ontológica necessária para a reprodução dos homens em sociedade fundamenta toda atividade laborativa, e, por isso, Lukács (1978) diz que se pode designar o homem que trabalha como um ser que dá respostas e que tanto a pergunta como a resposta são produtos da consciência. É isto que distingue o trabalho humano de todos os outros tipos de trabalho: o papel ativo e decisivo que joga a consciência no processo de produção da existência, na medida em que o produto “é um resultado que no início do processo existia ‘já na representação do trabalhador’, isto é, de modo ideal” (Lukács, 1978, p.4). Nessa medida, o carecimento material, para esse autor, é o motor do processo de reprodução individual e social, de onde se pode inferir que a satisfação das necessidades de saúde é um dos elementos fundamentais para a sobrevivência dos homens em sociedade.

Nesse sentido, o processo de trabalho em saúde pode ser definido como um processo que tem como *finalidade* uma ação terapêutica visando atender as necessidades de saúde; como *objeto*, o indivíduo doente ou indivíduo/grupos sadios ou expostos a risco, que necessitam de medidas preventivas e/ou curativas para preservar a saúde ou com o objetivo de reabilitação; como *instrumental de trabalho*, os instrumentos e as condutas que representam o

nível técnico do conhecimento; e o *produto final* é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida (Pires, 1989, 1998).

Nos primórdios do capitalismo, o trabalho em saúde se organiza pela “extensão do campo de normatividade da medicina” (Donnangelo, 1976, p.47). Isto é, o que se generaliza não é o cuidado médico, mas a interferência da medicina na organização das populações e de suas condições gerais de vida, a partir do desenvolvimento da noção de polícia médica.⁴ Esse conceito emerge no âmbito das diferentes sociedades européias, nomeadamente Alemanha, França e Inglaterra, configurando um novo modo de articulação das práticas de saúde com as estratégias políticas e econômicas da nova estrutura da produção capitalista.

A preocupação central que se manifesta com o desenvolvimento do mercantilismo é controlar a ocorrência das doenças, isto é, evitar a incapacidade para o trabalho e não tanto recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença, até porque ainda não estavam dados todos os elementos para a transformação do hospital em instrumento terapêutico, ou seja, com a finalidade de curar os homens. O hospital nesse momento não era uma instituição médica, nem a medicina era uma prática hospitalar, era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, mas que cumpriu uma função importante de controle das tensões sociais, particularmente na Inglaterra, em decorrência do desaparecimento da ordem feudal e o consequente aumento da pobreza.

Para os incipientes Estados nacionais, à época, o fundamental era a prevenção de danos à população, para aumentar a capacidade produtiva, a constituição dos exércitos e o aumento da força do Estado e do poder das monarquias absolutistas. Isso significa que até a constituição de uma medicina da força de trabalho, no século XIX, o corpo que trabalha não é objeto de trabalho da medicina, mas o corpo dos indivíduos como constituintes do Estado. Na constituição da estrutura de produção capitalista, é a força estatal, em suas dimensões política e econômica, que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver, por meio do controle da doença em escala social e de sua participação no processo mais geral de reorganização dos elementos da vida social.

⁴ O termo polícia deriva do termo grego *politeia*, que significa constituição ou administração de um Estado. Ao final do século XVIII, a ciência da polícia (Rosen, 1980) ou a ciência do Estado (Foucault, 1981) se constitui como um sistema de pensamento e comportamento administrativo que referia todas as atividades ao bem estar do Estado alemão absolutista e mercantilista. O termo polícia médica se popularizou em 1764, com o livro de Wolfgang Thomas Rau, mas foi a partir dos trabalhos de Johann Peter Frank, publicados em 1779, que vai exercer influência na Europa e Estados Unidos até o final do século XIX.

Com a revolução industrial começa a se estabelecer mais claramente dois tipos de saberes estruturantes do trabalho em saúde, que apesar de complementares detêm tecnologias específicas de intervenção no processo saúde-doença. O primeiro é o saber epidemiológico, que se estrutura em torno da dimensão coletiva do fenômeno saúde-doença e que será a base do que passou a ser denominado de trabalho de saúde pública. Um saber tributário do amplo movimento de medicina social que se sucede com força crescente durante toda a primeira metade do século XIX, sob a influência dos movimentos revolucionários na França e Alemanha, afirmando o vínculo entre saúde, medicina e sociedade. Entretanto, a derrota do movimento revolucionário de 1848 e, posteriormente, o desenvolvimento da bacteriologia, assinalam a morte temporária da medicina social. Ao mesmo tempo marca, por oposição, o nascimento definitivo do sanitarismo, cujo melhor exemplo é a Inglaterra, e da epidemiologia como área do saber não mais comprometida com uma concepção social das doenças ou com a mudança social, mas com a reprodução da ordem social capitalista (Mendes Gonçalves, 1994).

Ao redor da epidemiologia, irá se desenvolver diversas disciplinas da higiene, como saberes de estrutura normativa que procurarão traduzir os conhecimentos gerados para perspectivas aplicadas e aspirando ao estatuto de puramente técnicas. Assim, a saúde e a doença, de fenômenos essencialmente sociais para a medicina social, tornam-se fenômenos biológicos, cujas probabilidades de ocorrência são também, mas não apenas, e não necessariamente, socialmente determinadas. A intervenção da epidemiologia passa a incidir não no social diretamente, mas nos efeitos do social sobre os indivíduos. Em vez de propor mudanças nas condições que resultam em habitações precárias e insalubres e nutrição deficiente, proporrá o isolamento das fontes de infecção, a correção das condições de infraestrutura das habitações e a educação sanitária e nutricional da população.

O segundo tipo de saber é o saber clínico, que se estrutura em torno da dimensão individual do fenômeno saúde-doença e que será a base para o desenvolvimento do trabalho hospitalar. Ele se estrutura a partir das investigações que estabelecem pouco a pouco as bases da anatomia patológica no século XVIII, acompanhando o progressivo desenvolvimento da racionalidade médica moderna (Luz, 1988). É o ponto de partida do método anatomoclínico, de uma medicina do corpo, das lesões e das doenças. Entretanto, para a clínica se desenvolver foi preciso antes de tudo reestruturar o hospital e o próprio saber médico vigente até então.

A reestruturação do trabalho hospitalar implicou num primeiro momento não uma tecnologia médica, mas uma tecnologia política: a disciplina, a partir dos inquéritos hospitalares realizados na França e Inglaterra, no final do século XVIII (Foucault, 1981). Posteriormente, entre o final do século XIX e início do século XX, sem abandonar a disciplina, a reestruturação hospitalar se baseia na organização científica do trabalho, desenvolvida por Frederick Winslow Taylor para a indústria, e nas ciências da vida e suas tecnologias, na medida que passam a demonstrar a sua capacidade para prolongar a vida humana e dar respostas às necessidades de saúde, historicamente variáveis, assim como para repor mais rapidamente a força de trabalho na circulação, disponível para o processo de valorização do capital. Por outro lado, o saber abstrato e enciclopédico que então dominava a formação médica foi progressivamente substituído por um saber operativo e pela técnica, que elimina aos poucos o antagonismo entre método e experiência na prática médica, ao mesmo tempo em que transforma o hospital em centro de ensino e de atenção médica (Nogueira, 2007).

A profissionalização dos trabalhadores de enfermagem se inicia na Inglaterra, em 1860, exatamente nesse contexto de reestruturação do trabalho hospitalar. Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, é convidada, à época, pelo Ministro da Guerra para organizar as enfermarias dos improvisados hospitais militares ingleses durante a Guerra da Criméia (1854-1856). Ao retornar à Inglaterra funda uma escola de enfermagem junto ao Hospital St. Thomas, que se torna o modelo de formação para instituições similares em outros países. Com essa escola não só institui o ensino de enfermagem, como lança as bases do trabalho profissional na área de enfermagem (Almeida, 1986).

A enfermagem moderna nasce, portanto, dentro do espaço hospitalar e, além disso, sob a égide da divisão técnica do trabalho. De um lado, as enfermeiras, provenientes das famílias de classe média e alta da sociedade, às quais eram destinadas as atividades de direção, supervisão e ensino, ou, o trabalho intelectual. De outro, as auxiliares de enfermagem, de nível sócio-econômico inferior às quais eram destinadas o serviço das enfermarias, ou, o trabalho manual.

O modelo nightingaliano de formação se implanta nos EUA em 1873 e foi nesse país, com o crescimento fenomenal de hospitais e a incorporação maciça de auxiliares de enfermagem de diferentes níveis de qualificação, que se organiza as técnicas de enfermagem (Almeida, 1986). A standardização das técnicas de enfermagem, nesse momento, foi

fundamental para homogeneizar e criar um padrão de intervenção, em função das desigualdades de instrução dos trabalhadores, e para aumentar a eficiência do trabalho de enfermagem. As palavras de ordem passam a ser eficiência e produtividade, visando atender o maior número de pacientes possível, e ao mesmo tempo diminuir o tempo de permanência no hospital e aumentar a rotatividade dos leitos.

Assim, o hospital se afirma enquanto ‘máquina de cura’ entre o final do século XIX e a primeira década do século XX, nos marcos do capitalismo monopolista. E entre os elementos que tornaram possível a sua transformação em instrumento terapêutico está a profissionalização dos trabalhadores técnicos de enfermagem. Daí em diante vai se tornar progressivamente o principal *locus* da assistência institucional em saúde.

Portanto, é nesse movimento complexo de mudanças do modo de produção capitalista da existência e de reestruturação do trabalho em saúde que vai se recolocando a questão da relação entre trabalho produtivo e improdutivo na sociedade.⁵ Segundo Frigotto (1986) se o modo de produção da existência é uma articulação dialética da infraestrutura e a superestrutura, e se essa articulação é apreendida seguindo o movimento histórico do capital e a divisão social do trabalho daí decorrente, a relação trabalho produtivo e improdutivo deve ser entendida “como complementaridade necessária de uma mesma totalidade na visão do trabalho e do trabalhador coletivo” (Frigotto, 1986, p.144).

Nesse sentido, à medida que o modo de produção capitalista da existência se torna hegemônico, ele tanto destrói, cria e subdivide ocupações no processo imediato da produção material, que decorre da natureza mesma da competição intercapitalista de incorporação crescente da ciência e tecnologia ao capital, como produz uma complexificação na divisão social do trabalho, que se expande especialmente para o setor terciário. O crescente processo de terciarização da sociedade é expressão dessa complexificação, que ao englobar uma heterogeneidade de ocupações e funções não pode ser vista como um fenômeno autônomo, senão como posta pela própria organicidade do capital. Nessa medida, o trabalho improdutivo nos marcos do capitalismo monopolista, vai se constituindo em algo necessário à sustentação e continuidade do modo capitalista de produção. Para Frigotto (1986, p. 156),

⁵ Para uma discussão sobre a natureza produtiva e/ou improdutivo do trabalho em saúde, consultar Arouca (2003), Mendes Gonçalves (1979), Nogueira (1979) e Pires (1998). Trabalho improdutivo não é sinônimo de trabalho em serviço, antes significa o trabalho que não produz mais-valia diretamente, seja na produção de uma mercadoria ou de um serviço.

o movimento concreto de valorização do capital no interior dos setores produtivos traz determinações que tem como resultante o alargamento das atividades que, *stricto sensu*, são improdutivas porque não geram mais valia, mas são necessárias à acumulação capitalista. O trabalho produtivo, então, no interior do movimento de valorização do valor, vai pondo seu outro – trabalho improdutivo – e, embora efetivamente distintos, são partes de um mesmo movimento total da produção, circulação e realização do valor, da acumulação de capital.

À época de Marx (1978), essas formas de trabalho (serviços) que não se transformavam em produtos independentes dos trabalhadores e comercializáveis no mercado, ainda eram ‘formas de transição’, no sentido de que mal se subsumem ao capital. Nesse momento, os serviços de saúde particularmente ainda não eram socialmente significativos, o que só passa a ocorrer no final do século XIX e se altera radicalmente nos marcos do capitalismo monopolista. Desde então, os serviços de maneira geral se transformaram num setor importante de investimento de capital, além de ser uma das molas propulsoras da acumulação de capital para diversos setores industriais, como por exemplo, para a indústria farmacêutica e a de equipamentos médico-hospitalares.

A contribuição específica dos serviços de saúde para a acumulação capitalista se manifesta através de diversos mecanismos, entre os quais, o consumo de mercadorias das indústrias acima mencionadas, permitindo assim que se complete o processo de valorização do capital, ou a realização da mais-valia desses setores industriais. Em segundo lugar, propiciando a acumulação de lucros em seu próprio interior através das empresas médicas. Manifesta-se também, na ampliação do mercado de bens de saúde, atuando assim de forma auxiliar e complementar à circulação desses bens que se verifica no comércio e, finalmente criando necessidades de novos bens fazendo surgir assim novas alternativas de investimentos produtivos (Nogueira, 1979).

O processo de extensão dos serviços de saúde nos países capitalistas centrais após a Segunda Guerra Mundial, no contexto do ‘pacto fordista’, momento a partir do qual os sistemas de atenção à saúde passam a ser estruturados, é a base material para a estruturação de uma reflexão econômica sobre a saúde no interior do pensamento neoclássico. Ao ganhar em eficiência, o setor de atenção à saúde ganha também maior dimensão econômica e financeira, crescendo em seu rastro os ramos industriais a eles ligados e o gasto familiar com a recuperação da saúde.

Para o pensamento neoclássico, a saúde é vista apenas como capacidade para o desempenho das funções produtivas, a saúde da população é aí encarada preponderantemente

como condição para o trabalho.⁶ Em outras palavras, não é encarada como sendo determinada pela estrutura sócio-econômica, mas é uma função direta da estrutura de atenção à saúde, ao mesmo tempo que omite na análise o movimento do capital no interior dos serviços de saúde. O que está em jogo nesse momento são os interesses de expansão do capital para o setor saúde e não os níveis de saúde da população.

Segundo Braga e Paula (1981, p.20), ao reduzir a análise à “indústria do cuidado à saúde”, os neoclássicos tornam-se os ideólogos do capital dessa indústria e constroem os argumentos que serão manipulados para o carreamento dos recursos estatais a esta área. A partir da década de 1950, os economistas dessa corrente mostravam uma preocupação crescente em não só analisar a quantidade de recursos empregáveis no desenvolvimento econômico, mas também a sua qualidade, especificamente no que diz respeito aos ‘recursos humanos’, focalizando o volume da educação incorporada, o treinamento em serviço e a atenção à saúde. Para eles, os dispêndios nesses serviços são vistos como investimentos em ‘capital humano’ e as taxas de retorno são analisadas em termos de contribuições para o crescimento econômico, do aumento da produtividade do trabalho e para a capacidade individual de ganho.

Esse procedimento dá suporte político-ideológico à noção de que a saúde e a educação são funcionais para o processo de acumulação e produção, bem como para a idéia de que a questão do desenvolvimento, no plano internacional, não é apenas uma questão de formação de capital produtivo, mas também de ‘capital humano’. No plano interno dos países, a teoria do ‘capital humano’ passa a idéia de que o conflito de classes, o antagonismo capital-trabalho pode ser superado mediante um processo meritocrático – pelo trabalho potenciado como educação, treinamento, saúde, etc. (Frigotto, 1986).

Essas análises vão recolocando assim a relação trabalho produtivo e improdutivo sob as novas formas de sociabilidade do capital e do papel intervencionista que o Estado passa a assumir, cada vez mais, para mediar os interesses intercapitalistas e preservar o sistema como um todo, no contexto da crescente oligopolização do mercado.

Portanto, o movimento que coloca o hospital no centro do sistema de saúde nos países capitalistas centrais e depois se expande para os países de capitalismo dependente,⁷ está

⁶ Na construção da teoria do ‘capital humano’ pelo pensamento neoclássico, originalmente incluía-se a escolaridade e/ou treinamento e a saúde do trabalhador. Ver Frigotto (1986).

⁷ Seguindo especialmente a abordagem de Florestan Fernandes adotamos ao longo desta tese o conceito de capitalismo dependente. Fernandes avança em relação às abordagens centro-periferia mostrando que o capitalismo dependente é uma forma específica de capitalismo de desenvolvimento desigual e combinado onde as burguesias locais se associam de forma

associado à emergência das formas oligopólicas do capitalismo após a Segunda Guerra Mundial, ao papel que o Estado assume nesse momento de ampliação e transformação da sua participação na atenção à saúde, aos interesses dos grupos industriais em expandir o seu capital para o interior dos serviços de saúde e aos interesses da própria corporação médica em controlar um mercado de saúde em crescente expansão e especialização, decorrente do desenvolvimento dos saberes em todas as áreas científicas.

O que se observa na Inglaterra com o desenvolvimento de um sistema ‘socializado’ de atenção médica, ou nos Estados Unidos onde prevalece até hoje um sistema privado de saúde, é que a assistência médica passa a ser centrada no hospital, sob o comando da corporação médica. As consequências desse processo são bem conhecidas, tais como, o alto grau de especialização, o desenvolvimento da hierarquização, o uso intensivo de equipamentos cada vez mais sofisticados e o uso abusivo de medicamentos.

Nas duas últimas décadas do século XX, a emergência do novo modo de acumulação de capital baseado na financeirização da economia, a redefinição do papel do Estado enquanto Estado Gerencial, o desenvolvimento das forças produtivas com a introdução de novas tecnologias informáticas e de comunicação, assim como as novas formas de organização material e simbólica da vida, também influenciaram e continuam influenciando o setor saúde, particularmente o trabalho hospitalar. Segundo Pires (1998, p.18), referendando a análise até aqui desenvolvida, não poderia ser diferente, pois

tanto o modo de produção hegemônico quanto as relações de produção que o compõem não são apenas o resultado de uma opção técnica, mas sim o resultado de múltiplas relações que envolvem as características culturais da população e as experiências de vida dos envolvidos na produção, o grau de desenvolvimento das forças produtivas, a estrutura jurídico-legal, a organização das classes sociais e diversos segmentos da sociedade e sua história de lutas.

O estudo de Starr (1991) aponta que, a partir dos anos 1980, inicia-se nos Estados Unidos, sob a administração Reagan, um processo que vai além daquilo que ficou conhecido na década de 1970, como ‘complexo médico-industrial’, que designava os vínculos entre médicos, hospitais e escolas de medicina com as companhias de seguros de saúde, laboratórios farmacêuticos, empresas de equipamentos médicos e outras de caráter lucrativo. Para o autor, o ‘novo complexo médico-industrial’ se caracteriza por mudanças das próprias

subordinada às burguesias dos centros hegemônicos do sistema capital. Trata-se de análise que explicita as alianças e conflitos de classe. Ver, especialmente, Fernandes (2008 e 2009).

empresas médicas, que acompanhando o movimento geral do capital, se expressam em cinco dimensões principais: na mudança do tipo de propriedade e controle, diversificação e reestruturação corporativa, integração horizontal, integração vertical e concentração da indústria.

Foi a partir dessas análises e discussões sobre a centralidade do hospital na assistência médica e sobre a profissionalização dos trabalhadores técnicos de enfermagem, que optamos por delimitar o nosso estudo em torno do trabalho hospitalar. Partimos do pressuposto que esse recorte permitiria não só apreender com mais clareza determinadas relações que a formação profissional desses trabalhadores mantém com as relações sociais mais amplas, mas especialmente com os interesses privados no interior do setor saúde. Esse último aspecto diz respeito, especificamente à transformação da burguesia empresarial nacional na área de saúde (Oliveira e Teixeira, 1986), nos anos 1960 e 1980, em burguesia de serviços de saúde, nos anos 1990 e 2000.

A burguesia empresarial nacional na área de saúde se desenvolve, a partir da segunda metade dos anos 1960, com o intenso processo de empresariamento da saúde capitaneado pelo antigo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), através dos mecanismos de convênio-empresa, contratação de hospitais privados e cooperativas médicas. Na segunda metade dos anos 1970, com a mediação do Estado e através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e outros mecanismos de apoio, a burguesia empresarial nacional se consolida no setor.

A burguesia de serviços é um conceito por nós apropriado de Boito Jr (1999). O autor cunha esse termo para designar um setor da burguesia brasileira que a partir dos anos 1990, desenvolveu-se de forma inaudita com o advento do neoliberalismo no país, ligando-se principalmente à exploração dos serviços de saúde, educação e previdência privada. Para o autor, o crescimento dessa burguesia é um subproduto necessário da redução dos gastos públicos e dos direitos sociais.

A burguesia de serviços de saúde, dos anos 1990, diferentemente da burguesia empresarial nacional na área de saúde, dos anos 1970, parece se caracterizar por sua organização em torno de um complexo assistencial em saúde, funcionando como uma rede de serviços próprios e terceirizados, por sua atuação e especialização na área de alta complexidade, pelo uso intensivo de equipamentos de última geração, pela multiconveniência com planos e seguros de saúde, pela busca da certificação no âmbito

nacional e internacional, por práticas de boa governança e pela incorporação do ensino e da pesquisa no seu interior. Por outro lado, seguindo a tendência do novo modo de acumulação de capital capitaneado pela esfera financeira, algumas empresas de planos e seguros de saúde vem se tornando empresas de capital aberto com atuação no mercado financeiro.

Portanto, da mesma forma que o trabalho parcelado e a gestão taylorista-fordista, influenciou a formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem, acreditamos que as inovações tecnológico-organizacionais que vem se operando, principalmente nos hospitais privados, é um dos elementos que têm influenciado a formação para o trabalho de enfermagem na atualidade. Cabe destacar que estamos tratando com um conjunto de trabalhadores que estão majoritariamente incorporados nesse tipo de trabalho. De acordo com os dados da Pesquisa AMS/IBGE de 2002 e 2005, mais de 70,0% dos postos de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem, em ambos os anos, estão concentrados em estabelecimentos com internação, ou seja, trabalham majoritariamente nos hospitais (Vieira *et al*, 2003; IBGE, 2005).

Para orientar a análise sobre a formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem e sua relação com as políticas de saúde no Brasil, nas diversas conjunturas analisadas, utilizaremos os conceitos trabalho simples e trabalho complexo, formulados originalmente por Marx (1988) e tratados mais recentemente por Neves e Pronko (2008).

Trabalho complexo e trabalho simples são um par de conceitos formulados por Marx (1988), que se referem à divisão social do trabalho, isto é, a totalidade diversificada de trabalhos úteis existentes nas sociedades, que se diferem em gênero, espécie, família, subespécie e variedade. O trabalho complexo caracteriza-se por ser de natureza especializada, “é a exteriorização de uma força de trabalho na qual entram custos mais altos de formação, cuja produção custa mais tempo de trabalho [e de formação] e que, por isso, tem valor mais elevado que a força de trabalho simples” (Marx, 1988, p.155). Ao contrário, o trabalho simples é de natureza indiferenciada, ou seja, “é dispêndio da força de trabalho simples que em média toda pessoa comum, sem desenvolvimento especial, possui em seu organismo físico” (Marx, 1988, p.51). Embora presentes em qualquer sociedade esses conceitos têm a sua natureza determinada historicamente, segundo a especificidade de cada formação social e do estágio da divisão social do trabalho alcançado pelas sociedades em seu conjunto.

Na sociedade capitalista, ambos os conceitos estão envolvidos com a produção de valor de uso (trabalho concreto) e com a produção do valor (trabalho abstrato) e, nessa última

condição o “trabalho mais complexo vale apenas como trabalho simples potenciado ou, antes, *multiplicado*, de maneira que um pequeno quantum de trabalho complexo é igual a um grande quantum de trabalho simples” (Marx, 1988, p. 51, grifo do autor). Com o desenvolvimento do capitalismo, o trabalho complexo e simples vão reconfigurando as suas características a partir da divisão técnica do trabalho e da decorrente hierarquização das funções do trabalhador coletivo. Essa reconfiguração está relacionada às necessidades do constante aumento da produtividade do processo de trabalho e das necessidades de conformação ético-política da força de trabalho às mudanças das relações sociais capitalistas (Neves e Pronko, 2008).

Existe um patamar mínimo de escolarização para o trabalho simples em cada formação social concreta. Esse patamar se redefine ao longo do tempo de acordo com o estágio de desenvolvimento das forças produtivas, das relações sociais de produção e da sua inserção na divisão internacional do trabalho, especialmente no que diz respeito à produção e difusão da ciência e tecnologia. O grau de generalização da formação para o trabalho complexo em cada formação social concreta, depende, em grande parte, do lugar ocupado pela sociedade na divisão internacional do trabalho.

Nos primórdios do capitalismo industrial, o trabalho simples tinha um caráter eminentemente prático, o local de trabalho era ao mesmo tempo o local de sua formação. O trabalho complexo, por outro lado, era realizado por um pequeno número de trabalhadores que, desde a época da cooperação simples, assumem as funções de controle e supervisão do trabalho para o capital – denominados por Marx de ‘oficiais superiores industriais’ e ‘suboficiais’ -, e de manutenção da maquinaria, que possuíam formação superior ou dominavam um ofício. Os demais trabalhadores especializados, nesse período, eram formados predominantemente em instituições superiores, mas que não vinculavam a escolarização às demandas mediatas e imediatas da produção.

Com o capitalismo monopolista, à medida que a produção material e simbólica da existência se racionaliza com o emprego diretamente produtivo da ciência e à medida que o trabalhador coletivo necessita de adaptação aos valores e práticas da cultura urbano-industrial, novas exigências são colocadas para a formação para o trabalho simples e para o trabalho complexo. Em relação ao primeiro, vai exigir cada vez mais um local específico para a sua formação: a escola, e do segundo, o domínio cada vez mais especializado do conhecimento científico-tecnológico. De maneira geral, ao longo do tempo vai requerer alterações periódicas

no conteúdo e na forma de preparação tanto para o trabalho simples como para o complexo, principalmente com a consolidação do capitalismo monopolista no decorrer do século XX.

Segundo Neves e Pronko (2008), a generalização da formação para ambos os tipos de trabalho, durante o século XX, se acelerou a partir do momento em que o Estado capitalista assumiu a organização dos sistemas de ensino, seja para garantir o aumento da produtividade da força de trabalho, seja para atender as pressões da população urbana por acesso à educação escolar.

Com a generalização do emprego diretamente produtivo da ciência foi se definindo dois ramos de ensino para a formação para o trabalho complexo: o ramo científico e o ramo tecnológico. O primeiro ramo propicia uma formação de base científico-filosófica, mediadamente interessada na utilização produtiva do conhecimento e confere um passaporte para as funções de direção da sociedade.

O segundo ramo propicia os princípios científico-tecnológicos da técnica de forma mais imediatamente interessada na utilização produtiva do conhecimento e formando especialistas e dirigentes no âmbito da produção. Desse ponto de vista, Neves e Pronko (2008) chamam a atenção de que a escolarização tecnológica não deve ser confundida com as atividades de formação técnico-profissional, que as autoras identificam com o treinamento em serviço, isto é, com o desenvolvimento de habilidades específicas voltadas para sua aplicação direta na produção de bens ou serviços.

Nesse processo de inserção científica direta na produção da existência, sob a direção do capital, a educação científica foi progressivamente se configurando de forma mais pragmática, mais atrelada à produção social da existência, enquanto a educação tecnológica foi se afastando cada vez mais do sentido unitário e integrado preconizado por Marx e Gramsci e, portanto, da sua feição emancipatória, e subordinando a transmissão dos fundamentos tecnológicos aos requerimentos sempre crescentes de maior produtividade do próprio capital (Neves e Pronko, 2008, p. 28).

Para as autoras, com as atuais mudanças qualitativas na produção capitalista da existência que se configuram na difusão das novas tecnologias de informação e comunicação, no uso da microeletrônica, nas demandas por novos conteúdos e formas de organização material e simbólica da vida e a consolidação da hegemonia econômica, política e cultural da burguesia mundial, se esboçam novas tendências para a formação para o trabalho simples e complexo.

Em relação ao trabalho simples a tendência é a ampliação quantitativa dos anos de escolaridade básica e uma organização curricular voltada mais imediatamente para o desenvolvimento de capacidades técnicas e de uma nova sociabilidade dos trabalhadores, que contribua ao mesmo tempo para a reprodução ampliada do capital e para a obtenção do consentimento para as relações de exploração e dominação. Em relação ao trabalho complexo as tendências apontam para uma reestruturação quantitativa e qualitativa da formação, isto é, para a expansão da oferta de vagas no ensino superior e para uma organização curricular voltada mais imediatamente para o desenvolvimento técnico e ético-político de intelectuais que possam garantir a reprodução das condições materiais de existência e a coesão social.

No Brasil, segundo as autoras, a configuração do ramo tecnológico tem como marco cronológico as décadas de 1930 e 1940 com o desenvolvimento dos debates em torno da implementação do ensino técnico-profissional. Nesse momento, se estabelece uma distinção fundamental entre o ensino médio e de caráter tecnológico oferecido pelas ‘escolas industriais’, mais tarde ‘escolas técnicas federais’, destinado à formação para o trabalho complexo, e a formação técnico-profissional a cargo do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), criado pelo Decreto-lei 4.048/1942, responsável pela oferta de cursos de aprendizagem e de formação básica (treinamento), orientados para a formação para o trabalho simples. O patamar mínimo de escolarização para a formação do trabalho simples era, até então, a educação primária, atuais quatro primeiras séries do ensino fundamental.

Com o aumento dos níveis de racionalização do trabalho, pela extensão do emprego diretamente produtivo da ciência e da tecnologia, no bojo do processo de monopolização do capital no país, na década de 1960, tanto o patamar mínimo de escolarização para a formação para o trabalho simples estendeu-se até o então chamado 1º grau de ensino (oito anos de escolaridade), como redefiniu-se também o ramo tecnológico, que passa a abranger cursos de 2º e 3º graus – curso médio e cursos profissionais superiores de curta duração. “É a partir de então, portanto, que a educação tecnológica se insere legalmente no âmbito da educação superior” (Neves e Pronko, 2008, p. 47).

Em 1996, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a estrutura da educação escolar foi redefinida com o estabelecimento de dois níveis de educação: básico e superior. A educação básica, por sua vez, foi subdividida em três etapas: educação infantil, ensino fundamental e ensino médio, mantendo a obrigatoriedade do ensino fundamental, mas prescrevendo a progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade ao ensino médio,

apontando assim para o alargamento do patamar mínimo de escolarização para o trabalho simples, no contexto da progressiva introdução da automação flexível e consolidação das relações capitalistas neoliberais, no país. Por outro lado, a formação técnico-profissional, denominada pela atual LDB de educação profissional, foi-se diversificando em relação a tipos de cursos e instituições, exigindo, tendencialmente, como pré-requisitos, patamares progressivamente mais elevados de escolarização para os setores produtivos mais racionalizados.

Em síntese, para Neves e Pronko (2008) a partir da segunda metade dos anos 1990, com a progressiva consolidação do neoliberalismo e a reestruturação do Estado brasileiro enquanto Estado Gerencial, verifica-se a tendência de extensão do patamar de escolaridade para a formação para o trabalho simples abrangendo o ensino médio ou a educação básica completa (12 anos de escolaridade), ao mesmo tempo se exige um novo patamar de formação para o trabalho complexo. Se até então a educação escolar de natureza tecnológica era desenvolvida predominantemente no ensino médio, com a instituição do Sistema Nacional de Educação Tecnológica (Lei nº 8.498, de 08/12/1994) e a regulamentação do ramo tecnológico no nível superior de ensino (Decreto nº 2.406, de 27/11/1997), a formação para o trabalho complexo tende a mudar de direção, efetivando-se não mais no ensino médio e sim no ensino superior.

Neste trabalho, estamos entendendo a formação profissional como o ramo de ensino que propicia ao trabalhador o domínio dos fundamentos científico-tecnológico das técnicas no ensino médio, portanto equivalente ao que Neves e Pronko (2008) denominam de educação tecnológica. Nesse sentido, não deve ser confundida com a formação técnico-profissional tal qual as autoras expõem, que se expressa em cursos rápidos de treinamento voltados para as necessidades imediatas e diretas na produção dos serviços.

É a partir dessas referências que utilizaremos esse par de conceitos – trabalho simples e trabalho complexo - para orientar a análise deste estudo sobre a formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem e sua relação com as políticas de saúde no Brasil. Entretanto, cabe observar que não se trata aqui de considerar o trabalho realizado por esses trabalhadores como simples ou que não seja atravessado por diferentes níveis de complexidade para todos que exercem essa prática. Considerando que se trata de um processo de trabalho que lida com a vida humana de homens e mulheres com variadas necessidades de

saúde, isso exige muitas vezes lidar com ocorrências não previstas no processo que relativizam o nível de escolaridade de cada trabalhador individual.

O trabalho de enfermagem é visto aqui como um processo de trabalho que está submetido a determinadas relações sociais, que sob o capitalismo tanto estabelece uma ‘hierarquia de mulheres’ no processo de produção dos serviços de saúde como divide a escola em graus e modalidades de acordo com as classes ou frações de classe a que se destinam, visando o aumento da produtividade e a maximização do lucro.

A nossa tese é que existe na atualidade brasileira uma tendência geral de aumento da escolarização dos trabalhadores técnicos de enfermagem, que progressivamente vai tornar o técnico de enfermagem junto com o enfermeiro de nível superior as principais categorias profissionais da área. Esse aumento decorre simultaneamente da mobilização da corporação de enfermagem - Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Sindicatos de Enfermagem -, que desde a década de 1950 e, principalmente nas décadas de 1980 e 1990, pressionam tanto pela extinção dos atendentes de enfermagem como pela transformação dos auxiliares de enfermagem em técnicos de enfermagem. Estão associadas à ação das forças sociais que reunidas em torno do então denominado movimento da reforma sanitária brasileira, nos anos 1980, reivindicavam o direito a saúde da população, mas também o direito ao acesso à escolarização e formação profissional do amplo contingente de atendentes de enfermagem em auxiliares de enfermagem, visando a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas mudanças acompanham uma tendência geral de aprofundamento das políticas neoliberais na sociedade brasileira, manifesta nas iniciativas de reforma do Estado que se realizam a partir da década de 1990. Além disso, decorrem das políticas governamentais de cunho privatizante nas áreas de saúde e educação, e de outras políticas de apoio às instituições privadas da área de saúde, nos anos 1990 e 2000, e também de uma tendência a maior racionalização do processo de trabalho com a introdução de inovações tecnológico-organizacionais no espaço hospitalar, que vem caracterizando a atuação da burguesia de serviços de saúde.

Essa tese será desenvolvida a partir de quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta uma breve reconstituição histórica do hospital e da emergência da profissionalização dos trabalhadores técnicos de enfermagem na Inglaterra e Estados Unidos (EUA). Procuramos descrever as mudanças estruturais e conjunturais, e do próprio saber médico e do

desenvolvimento científico-tecnológico, que permitiram transformar o hospital de um lugar de assistência aos pobres e desvalidos em lugar de cura, com ênfase no período que vai da fase mercantilista à fase monopolista do capitalismo. Destacamos, neste processo, a questão do pessoal empregado nos hospitais e a profissionalização na área de enfermagem, que se torna um dos elementos fundamentais para a transformação do hospital em instrumento terapêutico, ao mesmo tempo em que nasce sob a égide da divisão técnica do trabalho.

No segundo capítulo, buscamos contextualizar o processo de institucionalização da enfermagem no Brasil, bem como a intensa disputa entre os enfermeiros e o conjunto dos trabalhadores técnicos de enfermagem em torno do reconhecimento educacional e profissional; as relações existentes entre esse processo e a configuração do Estado brasileiro e as políticas de saúde no período 1930-1960. É um período que se caracteriza pelos debates em torno da afirmação da enfermagem moderna sobre a tradicional, da organização do ensino na área, e, fundamentalmente, pelo direito à assistência à saúde dos segurados da Previdência Social brasileira.

No terceiro capítulo, tratamos da relação existente entre a oligopolização da economia e o papel intervencionista do Estado, a emergência da teoria do capital humano e do desenvolvimento do pensamento econômico sobre a saúde; buscamos discutir o intenso processo de privatização da saúde que ocorre, no país, a partir dos anos 1960, e a formação da burguesia empresarial nacional, bem como o apoio do Estado para a sua consolidação nos anos 1970; discutimos a legislação educacional propostas pela ABEn visando a transformação dos auxiliares de enfermagem em técnicos de enfermagem e, ao mesmo tempo o caráter pendular da formação dos auxiliares; finalmente, as diferentes propostas de formação dos trabalhadores da saúde que surgem no contexto de redemocratização da sociedade brasileira nos anos 1980, com ênfase no ‘Projeto Larga Escala’.

Finalmente, no quarto capítulo, tratamos da política de saúde brasileira, após a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988. No primeiro momento, discutimos a reconfiguração do capitalismo mundial, a emergência do novo modo de acumulação de capital e o ajuste neoliberal nas áreas da saúde e educação que se verifica nos países capitalistas centrais. No segundo, a crescente influência dos organismos internacionais na arena internacional, particularmente nos países da América Latina, tendo em vista a implantação das políticas de ajuste neoliberal e suas metas de liberalização, desregulamentação e privatização. Assim como, o papel que desempenha o Banco Mundial

para a incorporação do ideário neoliberal pela OMS e a construção da proposta de 'novo universalismo'. Por último, a construção do Estado Gerencial, no Brasil, a partir dos anos 1990, a contrarreforma inconclusa do SUS, a organização da burguesia de serviços de saúde, a criação e desenvolvimento do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), e a proposta da Confederação Nacional de Saúde (CNSa) de criação do Sistema S da Saúde.

1. O NASCIMENTO DO HOSPITAL E DA ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO

1.1 O hospital nos primórdios do mercantilismo e a enfermagem prática

Historicamente, a enfermagem como profissão se institucionaliza na Inglaterra e mais tarde nos Estados Unidos, na segunda metade do século XIX, a partir do trabalho hospitalar. Um dos elementos que tornaram possível a transformação do hospital em instrumento terapêutico, isto é, com a finalidade de curar os homens, foi a profissionalização do pessoal de enfermagem. Até então, nem os hospitais que funcionavam na Europa desde a Idade Média eram instituições médicas com finalidade terapêutica, nem a medicina era uma prática hospitalar. Essencialmente, o hospital era uma instituição religiosa e legalmente uma *causa pia*, o que começou a se modificar a partir do século XIII, quando passou a estar cada vez mais sob a jurisdição secular. Com o desenvolvimento do mercantilismo, das cidades europeias e da burguesia comercial, os governos locais tenderam a assumir o encargo das atividades da Igreja ou a suplementá-las. No entanto, se politicamente isso significa o desejo das autoridades civis de se tornarem independentes da Igreja e de subordinar o poder eclesiástico ao poder civil, não significa que as ordens religiosas tenham sido inteiramente eliminadas das atividades assistenciais. Esta função da Igreja prevaleceu até depois do desenvolvimento da enfermagem como atividade secular. “Monges e freiras continuaram a atuar como enfermeiros, como faziam antes” (Rosen, 1980, p. 349).

O hospital geral era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, de separação e exclusão não só dos doentes, mas também dos loucos, devassos, prostitutas etc., em que a função médica não aparece. Era considerado um morredouro, um lugar para morrer, e não um lugar destinado a realizar a cura. “O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo” (Foucault, 1981, p. 101), que pode ser perigoso para a sociedade em decorrência do possível contágio. Por sua vez, o pessoal hospitalar – religioso ou leigo – faz aí uma obra de caridade, de misericórdia, procurando assegurar, assim, a salvação da alma do pobre no momento da morte, ao mesmo tempo que a própria salvação, ao cuidar do pobre.

Mediado por esse modelo religioso, o cuidado de enfermagem tinha como finalidade principal o conforto da alma do paciente, e as técnicas de enfermagem eram simples procedimentos naturais próprios dos cuidados domésticos dispensados pelas famílias às crianças e aos seus doentes, tais como dar banho, fazer curativos, fornecer alimentos e dieta líquida e proporcionar conforto físico e espiritual a todo paciente, especialmente o moribundo (Almeida, 1986). A função essencial do hospital é a assistência espiritual mais do que a material, oferecendo aos doentes os últimos cuidados e o último sacramento na transição da vida para a morte, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população. Donnangelo (1976), porém, destaca ainda outra função desempenhada pela assistência hospitalar: a de controle das tensões sociais, particularmente na Inglaterra. Quando este país saiu da Idade Média, um dos resultados imediatos do desaparecimento da ordem feudal foi o aumento da pobreza, que passou a ser considerada um perigo potencial para a segurança do Estado.

À desintegração das estruturas feudais e à liberação em diferentes graus, nas distintas sociedades, de massas de indivíduos desprovidos de meios de subsistência e de integração a qualquer coletividade territorial, correspondeu o desenvolvimento de mecanismos de assistência, tanto pública quanto privada, que revestem o caráter de uma tutela da sociedade sobre tais massas. Essa tutela não implica a elaboração de qualquer idéia de direito à assistência mas equivale a uma reação frente à insegurança latente gerada pela presença de grupos altamente móveis e vistos como perigosos à sociedade, não enquanto “categoria social” mas como vagabundos e criminosos potenciais. (Donnangelo, 1976, p. 61)

Daí resulta que aos métodos violentos de prevenção da vadiagem e da mendicância vêm logo agregar-se, naquele país, o reconhecimento oficial do pauperismo e a formalização da assistência, com a aprovação, em 1601, da Lei dos Pobres, que torna cada paróquia – a menor unidade de governo – responsável pela administração e gestão dos recursos, com baixa interferência do poder central. Essa ‘posse’ – ou a retenção geográfica do pobre – foi um mecanismo importante, durante o crescimento gradual da produção manufatureira e industrial, para a contenção das pressões que a grande massa desempregada, uma vez efetivamente livre no mercado, poderia exercer sobre a ordem econômica e social.

De todo modo, com o enfraquecimento do feudalismo, a reforma protestante, a emergência dos Estados absolutistas – nomeadamente na Alemanha, na França e na Inglaterra – e do mercantilismo⁸, progressivamente, a tendência foi incorporar a medicina ao Estado,

⁸ Com o desenvolvimento do mercantilismo, duas preocupações centrais dominavam os debates dos então incipientes Estados nacionais: o combate à pobreza, a qual seria controlada pela assistência, e o crescimento da população, o qual seria incentivado pelo controle da ocorrência de doenças, ou pelo que mais tarde seria reconhecido como o trabalho de saúde

dadas as preocupações em torno do controle da ocorrência das epidemias e doenças – para evitar a incapacidade para o trabalho. Também houve o afastamento do clero das atividades de assistência, passando ao encargo das municipalidades os hospitais e os serviços a ele relacionados, a partir do século XVI: “o princípio de que o auxílio ao pobre, incluindo atenção médica, era uma responsabilidade da comunidade e não da Igreja foi definitivamente estabelecido durante o período da Reforma” (Rosen, 1980, p. 350). Numerosas irmandades religiosas fecham os estabelecimentos hospitalares até então mantidos por elas, e sob a direção das municipalidades, delinea-se o hospital geral como instituição filantrópica de natureza privada.

Assim, a assistência hospitalar de cunho religioso, até então sob comando exclusivo das ordens religiosas e irmãs de caridade, iria cedendo espaço para a laicização da assistência de enfermagem. Os estudos indicam (Almeida, 1986; Silva, 1986; Pires, 1989) que esse processo de laicização, principalmente na Inglaterra, corresponde a um período de decadência, que se estende até o marco londrino de 1860, momento que inaugura a abertura de escolas de enfermagem a partir da atuação de Florence Nightingale. Trata-se de uma decadência que está vinculada à desestruturação dos hospitais existentes, uma vez que, no lugar do trabalho voluntário oferecido tradicionalmente pela Igreja Católica, emprega-se mão-de-obra leiga e mal paga, e em condições de trabalho precárias – o que iria produzir e reforçar a idéia de que o trabalho de enfermagem é um trabalho decadente e vil, no sentido de ordinário, miserável, insignificante, desprezível e infame. Isso decorre da função que a assistência cumpre nesse momento – e ao longo desse tempo histórico – de atender aos pobres, desvalidos, portadores de moléstias contagiosas, mendigos e imigrantes considerados perigosos para a sociedade, assim como decorre do caráter manual do trabalho.

O desinteresse crescente pela vida monástica e, em consequência, a diminuição no número de monjas, aliados ao movimento pela supressão dos mosteiros (desencadeado pela Reforma), contribuíram para a derrocada do principal sistema organizado de assistência social e assistência à saúde das populações pobres. Esta última deixava, portanto, de ser gratuita – uma prática caritativa, há séculos sob a responsabilidade da Igreja –, passando a exigir paga e a remunerar, miseravelmente aliás, o pessoal que empregava. (Silva, 1986, p. 46-47)

Os estudos da área também não encontraram nenhuma evidência de que na era cristã ou no período de laicização da enfermagem tenha existido algum grupo organizado de mulheres enfermeiras. Talvez porque, como sinaliza Cunha (2000), as ordens religiosas se organizam em irmandades ou confrarias de finalidade exclusivamente religiosa, diferentemente dos cirurgiões-barbeiros, por exemplo, que se organizam nas guildas cirúrgicas, uma corporação de ofício que, como outras, tem objetivos econômicos, políticos e sociais (Nogueira, 2007).

As mulheres empregadas como enfermeiras nos hospitais seriam aquelas que, não incorporadas no trabalho manufatureiro, frequentemente eram consideradas imorais, bêbadas, analfabetas e prostitutas pela literatura existente na época. As práticas desenvolvidas não se constituem ainda como uma atividade especializada, sendo identificadas quase que exclusivamente com os serviços domésticos. Com uma formação de base empírico-prática, mediada por uma relação privada do tipo mestre-aprendiz, essas mulheres utilizavam-se de noções veiculadas pela tradição oral, que as qualificavam para lidar com os doentes e o corpo. O local de trabalho era ao mesmo tempo o local de sua formação, mas mantendo até então autonomia em relação ao saber médico no exercício do trabalho de assistência – isto é, suas ações não pressupunham ordens médicas ou planos médicos terapêuticos.

Portanto, podemos dizer que até a primeira metade do século XIX, nos países europeus, a formação dos trabalhadores de enfermagem é de caráter predominantemente prático e autônomo em relação ao saber médico. As suas práticas não acompanham a progressiva racionalidade médica que se desenvolve como parte integrante e produtiva da denominada racionalidade científica moderna, contemporânea do Renascimento no século XVI. A organização e a sistematização das técnicas de enfermagem teriam de aguardar o longo intervalo de tempo entre o avanço do conhecimento nas áreas de anatomia e fisiologia e a sua aplicação na prática hospitalar, análogo ao atraso com que as conquistas da física e da química foram incorporadas à produção industrial, o que só se verificaria com a Revolução Industrial, no final do século XVIII (Singer *et al.*, 1981).

Para Luz (1988), a racionalidade científica que se desenvolve com o Renascimento ainda mantém, nos dias de hoje, dois traços estruturais. Em primeiro lugar, a atitude antropocêntrica ativa que caracteriza o Renascimento. Ou seja, trata-se da afirmação do homem proprietário da natureza, da cisão entre a ‘ordem divina’ e a ‘ordem humana’ e entre esta e a ‘ordem natural’; trata-se da representação da alteridade da natureza em face do

humano e do correspondente caráter de ‘estranheza’ e de objetividade da Natureza em relação ao homem. O segundo traço estrutural que nasce dessa atitude pragmática e crítica em relação ao saber constituído, da busca sistemática de ordens de sentido com base em evidências empíricas e na construção artesanal de métodos para a produção de novos saberes, é o experimentalismo, por meio do método científico moderno. Essas foram as condições para tornar a natureza objeto da ciência e força produtiva.

Porém, a ruptura mais significativa da racionalidade moderna, para Luz (1988), é a do próprio sujeito do conhecimento – o homem, que será dividido em vários compartimentos: razão, paixões, sentidos e vontade. Essa compartimentalização, que se afirmaria entre a segunda metade do século XVII e o final do século XVIII, com a emergência do capitalismo industrial, cria as condições históricas para tornar o homem, tal como a natureza, objeto da ciência – isto é, cria as condições históricas para naturalizá-lo, torná-lo coisa passível de intervenção, de transformação, de modelação e de produção. A idéia do homem como um autômato superior, como um grande engenho cujo conjunto de peças encaixa-se ordenadamente e move-se segundo uma lógica articuladora, característica do modelo mecanicista, está na base do desenvolvimento dos diversos ramos da medicina, principalmente da fisiologia e da anatomia, que teve um efeito ‘produtivo’ de verdades – teorias e conceitos – e de tecnologia – invenção de instrumentos de pesquisa. Harvey, em 1628, demonstrou a circulação do sangue, com base numa série de imagens mecânicas, como bombas, válvulas, canais e foles, extraídas do modelo de engenharia hidráulica da época; Leeuwenhoek, em 1673, inventou o microscópio; Malpighi, em 1688, descreveu a pequena circulação nos capilares sanguíneos com o auxílio do microscópio, inaugurando a era da microanátomo-fisiologia; Sartório (1561-1638) mediu, durante anos, sistemática e experimentalmente, os eventos fisiológicos, tendo inventado, para ajudá-lo em suas observações, o termômetro clínico; Cowper, em 1694, descreveu o sistema muscular; Lázaro Spallanzani (1729-1779) realizou, com animais, experiências sobre reprodução, circulação e respiração (animal e humana), apoiando as teorias da química mecanicista de Lavoisier e contrariando as teses vitalistas da geração espontânea dos germes, por meio de experiências com líquidos aquecidos; Morgagni, no mesmo período, utilizou sistematicamente a dissecação de cadáveres para suas investigações clínicas, estabelecendo as bases da anatomia patológica no século XVIII, ponto de partida do método anatomoclínico de uma medicina do corpo, das

lesões e das doenças. É nesse momento histórico, entre fins do século XVIII e início do século XIX, que nasce a clínica (Foucault, 2004).

A partir de então, ao privilegiar progressivamente a concepção de doença como alteração morfológica e/ou funcional do corpo humano, aliada ao enorme prestígio que as ciências naturais tiveram no seu interior, o trabalho em saúde, particularmente no âmbito hospitalar, tende a se tornar um importante instrumento para prolongar a vida humana e dar respostas às necessidades de saúde, historicamente variáveis. Assim como para tornar a força de trabalho disponível para o processo de valorização do capital, na medida em que toma o corpo individual como seu objeto de trabalho privilegiado.

Entretanto, até a primeira metade do século XIX, a preocupação central dos Estados europeus é controlar a ocorrência das doenças, ou seja, evitar a incapacidade para o trabalho por meio de medidas de saúde pública, e não tanto recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença típica do método anatomoclínico. Singer *et al.* (1981) destacam as iniciativas de ‘cordão sanitário’ na Inglaterra, bem como as preocupações em torno da segurança política da burguesia, uma vez que os problemas de saúde suscitados pela Revolução Industrial não afetavam apenas os trabalhadores, mas também as classes dominantes. Isto porque: a) estas não ficavam imunes às epidemias que grassavam nos novos centros industriais; b) as más condições de vida e saúde reduziam significativamente a produtividade do trabalho, conseqüentemente o lucro; c) a situação dos operários era terreno fértil para movimentos de revolta, que punham em perigo a ordem burguesa constituída. Em síntese, era preciso intervir para remediar essa situação, de modo a garantir condições mínimas para a reprodução da força de trabalho e para que a capacidade de trabalho dos operários fosse preservada.

Para a própria clínica se desenvolver, seria preciso antes de tudo reestruturar o trabalho hospitalar e o próprio saber médico vigente até então. Na medida em que visava atender a necessidades novas, impostas pelo Estado e pela sociedade em transformação, decorrentes do novo industrialismo que substituiu paulatinamente a força física dos homens pela força das máquinas, o saber abstrato e enciclopédico que até então dominara a formação médica cedeu lugar para o saber operativo e a técnica – particularmente a técnica da necropsia, eliminando assim o antagonismo entre método e experiência na prática médica, ao mesmo tempo transformando o hospital em centro de ensino e de atenção médica (Nogueira, 2007).

O hospital como ‘máquina de cura’, só se afirmaria efetivamente no final do século XIX e início do século XX, mas começa a ser inventado no final do século XVIII, no contexto da primeira Revolução Industrial. Os estudos de Foucault (1981) indicam que, naquele momento, ocorreu a primeira grande reestruturação produtiva no trabalho hospitalar, com base nos inquéritos hospitalares realizados tanto na França como na Inglaterra, determinando uma importante reorganização administrativa e política no interior, principalmente, dos hospitais militares e marítimos. O objetivo é definir um programa de reforma e reconstrução dos hospitais, já que o hospital passa a ser considerado um objeto complexo, capaz de agravar, multiplicar ou atenuar as doenças.

Para isso, os inquéritos procuravam levantar o número de doentes por hospital, a relação entre o número de doentes, o número de leitos e a área útil do hospital, a extensão e a altura das salas, a cubagem de ar de que cada doente dispõe e as taxas de mortalidade e cura hospitalar. Além disso, os inquéritos procuravam determinar a relação entre a ocorrência de doenças e/ou mortalidade e o espaço entre os doentes hospitalizados; o percurso, o deslocamento e o movimento, no seu interior, de roupas brancas, lençóis, roupas velhas, panos utilizados para tratar ferimentos etc., assim como sobre quem transporta essas roupas e para que locais, onde são lavadas e para onde são distribuídas – uma trajetória que poderia explicar vários fatos patológicos próprios do hospital e que deveriam ser corrigidos.

Os Estados europeus buscam principalmente, nesse primeiro momento, nem tanto uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas adotar as medidas necessárias para anular os efeitos negativos e a desordem do hospital. Uma desordem que diz respeito, em primeiro lugar, aos efeitos patológicos das doenças, que podiam acometer as pessoas internadas e espalhar-se pela cidade onde estivesse situado o hospital. Em segundo lugar, uma desordem relativa à dimensão econômico-social do mesmo, isto é, como local de intenso tráfico de mercadorias, objetos preciosos, matérias raras, especiarias etc., trazidos das colônias pelos soldados, que escapavam do controle econômico da alfândega e eram reclamados pelas autoridades financeiras. Daí que, para Foucault (1981), a reestruturação do trabalho hospitalar, naquele momento, foi realizada não em razão de uma tecnologia médica, mas de uma tecnologia política: a disciplina – que, não sendo exclusiva do trabalho em saúde, é aperfeiçoada e elaborada em seus princípios fundamentais no século XVIII, tornando-se uma nova técnica de gestão e controle dos homens para melhorar o efeito útil de seus

trabalhos e suas atividades, seja nas grandes oficinas e no Exército, seja nas escolas e nos hospitais.

Portanto, para Foucault (1981), em primeiro lugar, a medicina torna-se hospitalar e o hospital um instrumento de cura, em razão das preocupações em torno da sua localização no espaço urbano, para que ele não representasse um perigo para a cidade, prevenindo-se a difusão de miasmas,⁹ ar poluído, água suja etc. Em segundo lugar, com a distribuição interna do seu espaço, com base no pressuposto de que se a cura da doença é uma intervenção sobre o meio, é preciso que se crie um pequeno espaço individualizado, específico e modificável segundo o doente, a doença e sua evolução. Assim, é estabelecido que não deve haver mais de um doente por leito, é abolido o leito dormitório onde se amontoavam até seis pacientes e constitui-se um espaço em torno de cada doente para aumentar a temperatura ambiente, refrescar o ar etc., o que transforma a arquitetura hospitalar em fator e instrumento de cura. Da mesma forma, o hospital-exclusão, onde se rejeitam os doentes para a morte, não deve mais existir.

Em terceiro lugar, para Foucault (1981), o sistema de poder no interior do hospital é transformado. Até meados do século XVIII, o poder era exercido pelo pessoal religioso, raramente leigo, e o médico era chamado nos casos graves; a visita médica era muito irregular, submetida às ordens do pessoal religioso. A partir do momento em que o hospital é visto como instrumento de cura e sua distribuição espacial torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. Assume também, até certo ponto, o funcionamento econômico do hospital, que era então privilégio das ordens religiosas, uma vez que o regime alimentar, a ventilação e as bebidas passam a ser elementos de cura. O ritmo das visitas aumenta, o médico passa a residir no hospital.

Aparece, assim, o personagem do médico de hospital, que antes não havia (...). Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual de visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc. (Foucault, 1981, p. 109-110)

⁹ Para a teoria miasmática, os miasmas não se originam nem do calor, nem do frio, nem da umidade, nem da secura. Eles dependem de misteriosas e inexplicáveis alterações nas entranhas da terra. Pelos seus eflúvios, a atmosfera torna-se contaminada e os organismos dos homens são predispostos e determinados. Certas partículas atmosféricas insinuam-se entre os sucos do corpo, misturam-se ao sangue e contaminam todo o organismo. No Brasil, a intervenção no espaço urbano-social, característica do projeto de medicina social que se implanta aqui no século XIX, tem como pressuposto a teoria miasmática.

O poder médico não se restringe ao interior do hospital, pois com a complexificação da vida em sociedade a medicina passa não só a reconhecer as qualificações necessárias para a realização de determinadas atividades de saúde, perseguindo como charlatão todo aquele que não tivesse titulação oficial, como também a determinar regras para o exercício dos ofícios em saúde. De maneira geral, pode-se entender a questão da (des)qualificação dos trabalhadores de saúde como a história da progressiva incorporação de ofícios (saberes), outrora independentes, pela medicina, ao mesmo tempo que se passa a delegar determinadas atividades a outros trabalhadores, mas mantendo o controle sobre o trabalho em saúde.¹⁰

Com a progressiva incorporação do médico ao hospital, o trabalho em saúde vai se tornando cada vez mais hierarquizado, tal como no sistema de fábricas, rompendo no seu interior a unidade entre concepção e execução do trabalho, cabendo ao médico as atividades de concepção, e aos outros trabalhadores de saúde as de execução.¹¹ As atividades de caráter predominantemente manuais, como as de enfermagem, passam a ser subordinadas ao trabalho do médico e, a partir daí, a perder a autonomia que detinha até então em relação ao saber médico.

Na hierarquia interna, o médico, elemento até então exterior, começa a suplantando o pessoal religioso e a lhe confiar um papel determinado mas subordinado, na técnica do exame; aparece então a categoria do ‘enfermeiro’; quanto ao próprio hospital, que era antes de tudo um local de assistência, vai tornar-se local de formação e aperfeiçoamento científico: viravolta das relações de poder e constituição de um saber (Foucault, 1977, p. 165).

Por último, Foucault (1981) chama a atenção para a constituição de um campo documental no seu interior, um sistema de registro permanente e exaustivo, que iria caracterizar o hospital não só como lugar de cura mas como lugar da formação de um saber. Os doentes são identificados em cada leito por uma ficha com o seu nome e o da doença; organiza-se o registro geral de entrada e saída dos doentes; em cada enfermaria há o registro

¹⁰ A partir da segunda metade do século XVIII, com o desenvolvimento da noção de *Medizinichepolizei* ou polícia médica (1764) na Alemanha, o combate ao “charlatanismo médico” e a sua contraparte – a formação de médicos competentes – foram peças fundamentais para a consolidação da prática médica e para o fortalecimento do poder dos Estados europeus (Lima, 2007). O trabalho de Pires (1989) é particularmente interessante nesse sentido, ao tratar da institucionalização da medicina no Brasil, com a chegada da família real, em 1808, e o progressivo processo de hegemonia médica sobre as práticas independentes por meio da regulamentação do ensino em saúde. Ao mesmo tempo, discute o processo de profissionalização das diversas práticas de saúde e de construção da sua relativa autonomia.

¹¹ É somente do ponto de vista do monopólio do conhecimento e do poder de projetar as ações de saúde pelo médico que podemos falar em divisão do trabalho intelectual e manual no trabalho em saúde, pois a divisão nada tem a ver com a divisão entre funções mentais e físicas do organismo humano tomadas no sentido abstrato. O trabalho humano envolve tanto a mente quanto o corpo. Assim como o trabalho manual envolve percepção e sentimento e por isso não pode ser inteiramente rotinizado ou executado sem que se tenha alguma organização conceitual, o trabalho intelectual envolve sempre alguma atividade corporal. Ver Brighton (1991) e Pires (2006).

de enfermagem, o registro da farmácia e o registro do médico; faz-se a confrontação das experiências entre os médicos e os seus registros, para ver os diferentes tratamentos aplicados, os que têm melhor êxito, quais médicos obtêm mais sucesso, se as doenças epidêmicas passam de uma sala para outra etc.

Dessa forma, o saber médico desloca-se dos livros para o hospital, não mais se baseando no que foi escrito nos tratados clássicos da medicina, mas no que é cotidianamente registrado na tradição viva e ativa do hospital, que daí em diante torna-se o lugar privilegiado de formação dos médicos e de transmissão de saber. É um processo que faz emergir o indivíduo como objeto do saber e da prática médica, ao mesmo tempo que dá oportunidade de observar uma grande quantidade de indivíduos, com base no confronto entre os registros dos diversos hospitais em diferentes regiões. Isso permite constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população e avançar na sistematização do método anatomoclínico, típico da clínica médica, que vai se tornando o método privilegiado do trabalho em saúde e de maior racionalidade do processo de trabalho.

Entretanto, Donnangelo (1976) chama a atenção também para o fato de que a emergência da clínica no contexto da revolução política burguesa, na França, coincide com uma nova articulação entre medicina e sociedade, expressa no movimento da medicina social que afirma duas temáticas: a identificação sistemática das condições de vida como fonte de enfermidade e a postulação da medicina como instrumento de reorganização social. Em outras palavras, a reestruturação do hospital, do meio de trabalho (a clínica) e do objeto de trabalho médico (o corpo) ocorre concomitante a um projeto que implica também a reestruturação da própria sociedade. Isso indica, para essa autora, um processo original de vinculação do trabalho em saúde à dimensão política e ao Estado, “no momento em que a instauração do domínio político da burguesia promove a mobilização de recursos ideológicos capazes de aglutinar provisoriamente classes e camadas sociais em torno da tarefa de recomposição do poder representado no Estado” (Donnangelo, 1976, p. 19).

Apoiada amplamente sobre várias classes e camadas sociais, a ascensão da burguesia ao poder político na França trouxe, com a Revolução, um princípio político-ideológico inteiramente novo em relação ao trabalho em saúde: o princípio da igualdade. E aqui não se está dizendo, como chama a atenção Mendes Gonçalves (1992), que as sociedades capitalistas sejam igualitárias; muito ao contrário: é possível demonstrar que nessa sociedade a desigualdade básica é estrutural. Entretanto, ela se baseia na aceitação da idéia de que a

igualdade é não só desejável como possível, e essa ideologia se mantém, durante a maior parte do tempo, às custas do consenso provisório arduamente construído, às vezes apenas graças ao recurso à força física.

Nessa dinâmica político-ideológica derivada do princípio da igualdade, ampliaram-se gradativamente, em escala quantitativa e qualitativa, os direitos garantidos às classes subalternas. No entanto, além da ideologia de liberdade e igualdade política formais dos cidadãos sob um Estado baseado no interesse geral do povo, a Revolução introduziu a questão social, representada pela presença da pobreza no campo político.

A doutrina da assistência à pobreza elaborada nos anos que se seguiram à Revolução de 1789 foi inteiramente nova por referência aos métodos usuais de tratamento da questão. À caridade religiosa deve suceder-se uma laicização da assistência, ao fundamento religioso do direito ao cuidado opõe-se agora um fundamento social – o dever de assistência da coletividade nacional frente aos cidadãos que necessitam de auxílio. O direito ao auxílio afirma-se como substituto do direito ao trabalho que a sociedade tem por obrigação assegurar (Donnangelo, 1976, p. 54-55).

Esse processo de reforma política e social baseado no irrompimento da grande massa do ‘povo’ na vida política implicou novas atribuições para o trabalho em saúde, que foi sendo progressivamente reestruturado nos oitocentos, não só na França, mas também na Inglaterra e na Alemanha, como forma de ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas. Do ponto de vista da prática médica, sucederam-se, particularmente na França, os projetos de reforma médica, as medidas visando à assistência obrigatória e gratuita aos enfermos e à reestruturação dos hospitais, não mais como lugar de confinamento da pobreza, mas como lugar de cura. Do ponto de vista político, houve o engajamento da medicina nas discussões em torno da correção dos males sociais, como a opressão e a pobreza.

As bases para a constituição do hospital moderno foram lançadas nesse momento, mas ainda estavam em seu estágio inicial. Sua consolidação teria de esperar o desenvolvimento das ciências naturais durante a segunda metade do século XIX. Nesse período surgiu a bacteriologia, que parecia ser a resposta ao problema da causação da doença. Na década de 1880, anunciou-se a idade de ouro das descobertas bacteriológicas.

Com o advento da ‘era dos micróbios’¹², tanto a teoria miasmática, com sua concepção do ar como causa ou simples veículo de doenças, quanto a teoria sócio-histórica das doenças,

¹² A era dos micróbios começa com Louis Pasteur, quando este inicia seus estudos sobre o clássico processo de fermentação, em 1856, envolvendo a produção de vinhos e cervejas no norte da França, concluindo sobre a dependência desse processo da presença de certos organismos. Mais tarde, na década de 1860, estudando a doença do bicho-da-seda, dessa vez sob

elaborada por influência dos movimentos revolucionários de 1848 – principalmente na Alemanha, por Rudolf Virchow e Salomon Neumann, com sua concepção da causação social das doenças –, foram derrotadas. Então não foi difícil passarem-se as ações sobre o ambiente para um plano secundário e estabelecer-se uma ênfase na relação de causa e efeito entre germe e doença, o que determinaria o deslocamento progressivo das ações de saúde pública do ambiente para o indivíduo contaminado e suas relações sociais.

Esse momento marca também o desenvolvimento da epidemiologia como área do saber que se estrutura em torno da dimensão coletiva do fenômeno saúde e doença – entretanto, não mais comprometida com a mudança social, mas com a reprodução da ordem social. Ao redor dela desenvolvem-se as diversas disciplinas da higiene, como saberes de estrutura normativa que procurariam traduzir os conhecimentos gerados para perspectivas aplicadas, aspirando ao estatuto de puramente técnicas (Lima, 1994, 2007). Emil Behring, Prêmio Nobel de medicina em 1901, declarou em 1893, num ensaio em que trata da terapia etiológica das doenças transmissíveis, que a bacteriologia era a verdade médica definitiva, e Robert Koch o seu profeta. Fez restrições à associação causal entre miséria social e doença, assim como à necessidade de uma ampla reforma social, tal qual proposta por Rudolf Virchow na Alemanha. Assinalou que a sugestão tinha seus méritos, mas que “de acordo com o procedimento de Robert Koch, o estudo das doenças infecciosas podia ser levado adiante sem a necessidade de um desvio para considerações e reflexões sociais sobre política social” (Rosen, 1980, p. 78-79).

Assim, na segunda metade do século XIX, a emergência da ‘era dos micróbios’, com o desenvolvimento da bacteriologia e da teoria dos germes; o uso generalizado da anestesia, que já se praticava desde 1846; o desenvolvimento do arsenal terapêutico farmacológico; o controle da infecção hospitalar por técnicas de assepsia médica e assepsia cirúrgica; a criação e a sistematização das técnicas de cirurgia, a partir de 1890, muito limitadas antes do aparecimento da anestesia; o aperfeiçoamento das técnicas diagnósticas, com o descobrimento dos raios X pelo físico Rontgen, em 1895; a introdução da biópsia e o uso do estetoscópio, do microscópio e do endoscópio revolucionariam o campo da terapêutica. Na assistência direta

encomenda dos industriais franceses de têxteis, consolida a possibilidade da relação causal entre germes e doença. Mas só com Robert Koch, em 1876, a origem microbiana de uma doença passa a ser demonstrada e sua origem biológica imediatamente elucidada, com seus estudos sobre o *bacillus* do antraz. Dai por diante, enquanto os estudos de Koch aprofundam e indicam técnicas para o cultivo e o estudo das bactérias, Pasteur volta-se para os mecanismos de infecção e desenvolve conhecimentos de prevenção e tratamento das doenças transmissíveis, estabelecendo com isso o princípio da imunização antibacteriana e antitóxica.

ao paciente, ainda se verificaria a introdução de numerosos instrumentos de trabalho, tais como sondas – nasogástrica e vesical – a utilização de soro, etc. (Silva, 1986).

Esse contexto de profundas transformações que se operam no interior dos hospitais exigiria a profissionalização do conjunto dos trabalhadores técnicos de saúde e, particularmente, dos de enfermagem, envolvidos mais diretamente com as atividades de cuidados, não bastando daí em diante a experiência prática. A tendência seria a progressiva exigência do aumento da escolaridade e da formação profissional.

1.2 O hospital moderno e a profissionalização da enfermagem

A profissionalização dos trabalhadores de enfermagem se inicia na Inglaterra, mais precisamente em 1860, ainda sob a égide da teoria miasmática, segundo a qual as preocupações com o cuidado do ambiente e da higiene do paciente iria aos poucos substituindo o modelo religioso de assistência. “Enquanto o saber da medicina vai passando do meio ambiente para o doente, a enfermagem centra-se no seu ambiente” (Almeida, 1986, p. 40). Além do ambiente, o outro conceito central da assistência de enfermagem era a disciplina, que está na base do treinamento do conjunto de mulheres ‘decadentes’ que já trabalhavam nos hospitais e da formação das futuras enfermeiras.

Florence Nightingale, membro da burguesia inglesa e amiga do então ministro da Guerra, com formação ampla e domínio de grego, latim e matemática, foi convidada a organizar as enfermarias dos improvisados hospitais militares ingleses durante a Guerra da Crimeia (1854-1856), em termos tanto materiais como de pessoal, em razão do alto índice de mortalidade entre os soldados feridos, principalmente devido às péssimas condições de higiene. O seu trabalho resultou na expressiva redução da mortalidade dos soldados – de 40% para 2%. Consagrada como heroína da guerra ao retornar à Inglaterra, continuaria servindo à administração desse país como consultora para assuntos de organização hospitalar de guerra.

Entretanto, tornou-se mais reconhecida por ter sido responsável pela introdução da enfermagem moderna, a partir da fundação de uma escola destinada especificamente à profissionalização da área de enfermagem. A Escola Nightingale nasceu ligada ao Hospital St. Thomas, em Londres, em 1860, e tornou-se o modelo de formação para instituições similares

que daí em diante seriam criadas na Inglaterra e em outros países, instituindo assim o ensino de enfermagem e estabelecendo as bases para o trabalho de enfermagem como uma nova profissão.

A enfermagem moderna nasceu dentro do espaço hospitalar já organizado em bases empresariais, isto é, sob a égide da divisão técnica do trabalho, estruturando-se com base nos seguintes princípios nightingalianos:

Formação em escola própria, dirigida por enfermeiras e anexa a um hospital no qual as alunas aprendem as práticas da enfermagem bem como tomam conta da assistência prestada pelo hospital; seleção rigorosa das alunas que devem ser do sexo feminino e dotadas de valores 'morais, físicos, intelectuais e de aptidão profissional' (...) dentro dos padrões considerados de melhor qualidade para aquela sociedade; ensino metódico com fundamentação de anatomia, fisiologia, formação na forma de internato, isto é, as alunas vivem na escola como um espaço de convivência e de formação dos valores morais e de conduta ascética e caridosa; instituição de formas organizativas das ex-alunas a fim de normalizar o exercício profissional, preservar os princípios básicos da profissão e divulgar os conhecimentos produzidos; fundamentar as alunas para o exercício do cuidado aos enfermos e necessitados, para a manutenção administrativa do espaço hospitalar e para o ensino em enfermagem; formar alunas para o trabalho do tipo manual (as *nurses* originárias das camadas pobres da sociedade) e outro grupo de alunas para o trabalho intelectual – ensino e administração hospitalar e do cuidado e difusão dos princípios nightingalianos (as *lady-nurses*, originárias das camadas mais privilegiadas). (Pires, 1989, p.121-122, destaque da autora)

No primeiro momento de institucionalização da enfermagem como profissão, a principal finalidade da formação, segundo Almeida (1986), era disciplinar a conduta das mulheres e executar o modelo disciplinar instituído no hospital em relação ao espaço do doente, ventilação, água, higiene e outros aspectos, para que as ordens médicas pudessem ser executadas com presteza e competência. A preocupação central não era com o seu objeto de trabalho – o indivíduo doente –, mas com a técnica disciplinar e com práticas ideológicas que, traduzidas pelo modelo vocacional da enfermagem, visavam ao mesmo tempo forjar uma nova imagem para a prática da enfermagem – daí as preocupações exacerbadas com a moralidade e a disciplina –, construir uma hierarquia de poder no interior da equipe e auxiliar o trabalho médico. Nesse contexto, para essa autora, não havia lugar para o desenvolvimento de nenhum saber de enfermagem, pois a preocupação central era o disciplinamento dos seus agentes para tornar o espaço hospitalar possível como meio de cura.

Na escola nightingaliana eram admitidos dois tipos de alunas, socialmente distintos: as *lady-nurses* ou enfermeiras, provenientes das famílias de classes média e alta da sociedade inglesa, aptas a custear seus próprios estudos, às quais eram destinadas as atividades de supervisão, ensino e difusão dos princípios nightingalianos; e as *nurses* ou auxiliares de

enfermagem, de nível socioeconômico inferior, oriundas do proletariado, que recebiam ensino gratuito e em contrapartida prestavam serviços gratuitos no hospital durante, pelo menos, um ano após o curso, isto é, como mão-de-obra não paga, às quais era destinado o serviço das enfermarias: trocas da roupa de cama, banhos no leito, ministração de medicamentos etc., atividades ligadas mais diretamente aos cuidados dos pacientes. A formação era organizada assim em níveis de complexidade, sendo as tarefas de natureza complexa destinadas àquelas com *status* social mais elevado, que iriam assumir as atividades de gerência do trabalho de enfermagem, enquanto as tarefas de natureza simples, que exigem simples treinamento, eram dirigidas àquelas menos categorizadas socialmente.

Isso não significa que o cuidado de enfermagem seja uma atividade simples, pois lida com a vida e a morte, e com eventos inesperados que podem ocorrer no momento do cuidado. Trata-se, isto sim, de relações sociais que sob o capitalismo visam elevar a força produtiva do trabalho por meio da divisão sistemática do processo de trabalho e, conseqüentemente, da desvalorização dessa mesma força pela diminuição dos custos de formação que o hospital e o trabalho de enfermagem incorporam do trabalho industrial.

Determinada pelo processo de valorização do capital, essa decomposição de um mesmo ofício em níveis de complexidade e de qualificação é uma das formas de organização do trabalho que está na origem da manufatura e obedece à lógica da divisão técnica do trabalho, que isola e individualiza diferentes operações – tornando, cada uma delas, função exclusiva de um trabalhador parcial. É um processo que, quando exacerbado, significa a destruição sistemática da perícia dos ofícios que o capital já encontrou na sociedade como capacidade integrada em um só trabalhador, criando uma hierarquia de qualificações que se desdobra numa hierarquia de salários e divide os trabalhadores em qualificados e não-qualificados.

A reconfiguração e o grau de generalização da formação do ‘trabalho complexo’ e do ‘trabalho simples’, em cada formação social concreta, dependem do estágio de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção, do estágio da luta de classes em cada momento histórico específico, e do lugar dessa formação social na divisão internacional do trabalho, especialmente da divisão existente entre países produtores de conhecimento e países adaptadores de conhecimento (Lima, Neves e Pronko, 2006).

Portanto, a enfermagem moderna nasceu materializando as relações de dominação-subordinação e reproduzindo no seu interior as relações de classes sociais. Com a divisão

técnica do trabalho de enfermagem, expressão da divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual – manifestação específica da dualidade social inerente ao modo de produção capitalista –, as enfermeiras reproduziam no âmbito da formação profissional a dualidade educacional. Destinava-se a elas uma formação de base complexa, que exigia maior tempo de formação, e às auxiliares de enfermagem uma formação de base simples, com um tempo de formação suficiente para elas apreenderem as técnicas de enfermagem. É um processo que procura delimitar o espaço social das auxiliares na hierarquia da enfermagem, legitimar a hierarquia de poder no interior da equipe – as enfermeiras assumem as atividades de natureza intelectual e às auxiliares são destinadas as de natureza manual – e entre esta e a equipe médica, ao mesmo tempo que tenta forjar uma nova imagem para a profissão. Como afirma Mendes Gonçalves (1979, p. 192-193),

Os inúmeros trabalhos auxiliares que se vão incorporando à produção dos serviços médicos correspondem, de um lado, à ampliação do campo de aplicação da medicina, mas também correspondem, de outro lado, ao processo contínuo de divisão das funções do trabalho, que não pode ser tomado apenas como contrapartida técnica daquela ampliação, mas exprime o seu significado mais profundo na reprodução da divisão trabalho intelectual/trabalho manual no seio do trabalho médico. Todo o trabalho direto de assistência ao doente comporta inúmeras funções “manuais” e são essas as primeiras a se separarem subordinadamente no trabalho médico, constituindo a enfermagem. A própria enfermagem é atingida posteriormente pela reiteração da mesma divisão, sendo suficiente para compreender seu sentido a consideração da apropriação das tarefas de supervisão e controle pelo profissional com qualificação superior, a enfermeira.

Na transição do capitalismo liberal para o capitalismo monopolista no final do século XIX, já então no contexto do que alguns autores denominam de II Revolução Industrial, na qual a ciência não é mais uma propriedade social generalizada e ocasionalmente aplicada na produção, mas uma propriedade capitalista no pleno centro da produção, o hospital começaria a sofrer um segundo processo de reestruturação, não mais baseado apenas na disciplina. A presença de um setor de atenção à saúde de base hospitalar que fosse eficiente para o processo de reprodução das condições de acumulação de capital – entre as quais a reprodução da força de trabalho – e para o tratamento dos agravos à saúde dos próprios capitalistas e outros grupos sociais foi se tornando fundamental.

A reprodução da força de trabalho se tornaria um dos componentes fundamentais da participação da medicina nesse processo, já que o corpo é por excelência o seu objeto de trabalho, mas, como ressalta Nogueira (1979), não é resultado de uma preocupação específica com a saúde dos trabalhadores. É, antes, resultado da luta de classes, que entre outras coisas

foi garantindo aos trabalhadores leis trabalhistas com redução da jornada de trabalho, leis previdenciárias e o direito de deixar de trabalhar por motivo de doença, sem ser despedido. “É só nestas condições – quando o ausentismo por doença real ou presumida torna-se legítimo – que o capital começa a se preocupar em encontrar uma forma de assistência médica mais efetiva para seus empregados” (Nogueira, 1979, p. 43).

Como indica Donnangelo (1976), se de um lado as práticas de saúde fazem parte do processo de produção da vida, de outro criam e recriam as condições materiais necessárias à produção econômica ao definir a capacidade física e normatizar as formas de utilização do corpo. Ao mesmo tempo que participam também da determinação do valor de uso da força de trabalho, situando-se, portanto, além dos objetivos tecnicamente definidos. Dessa forma, colaboram para aumentar a produtividade do trabalho ou a produção de mais-valia relativa, uma vez que a melhoria das condições de saúde do trabalhador contribui para a obtenção de um máximo de produtos em menor tempo de trabalho e, conseqüentemente, para a produção de mercadorias por custo mais reduzido.

Para Donnangelo, esse é o ponto de referência mais amplo para se analisar a especificidade do papel assumido pelo trabalho em saúde, ou mais especificamente pela medicina, na sociedade de classes: o da possibilidade de continuidade do processo de acumulação capitalista ou da reprodução das condições – econômicas e político-ideológicas – da produção. Entretanto, tal especificidade, que o define como prática social, não esgota a sua relação com o econômico, pois é necessário considerar também as exigências de constituição progressiva da força de trabalho potencialmente utilizável, “quer no sentido da necessária reposição de trabalhadores, quer como garantia frente a eventuais oscilações na quantidade de trabalhadores requeridos pela produção” (Donnangelo, 1976, p. 36), o que exige analisar essa prática social para além do momento da produção.

Mas ela chama a atenção para o aspecto de que isso não significa dizer que os processos de reprodução/manutenção e constituição da força de trabalho sejam momentos separados; eles ocorrem simultaneamente. A autora diz ainda que, como prática técnica, a prática médica também mantém relações com o processo de acumulação, no que diz respeito mais especificamente aos meios de trabalho médico – isto é, a articulação entre a medicina e a produção em geral se expressa também por meio do consumo dos medicamentos e fármacos produzidos pela indústria farmacêutica, e dos vários equipamentos e maquinarias produzidas por diversos setores industriais. São mercadorias externas à medicina, mas cujo consumo só

se efetiva por meio dela; dessa maneira, realiza o valor e permite que se complete o processo de valorização do capital aplicado na produção industrial ou a realização da mais-valia de diferentes setores industriais.

Nesse contexto, em que o capital se concentra na forma de novos equipamentos e força de trabalho, que devem gerar serviços, produtos e valores, e diante dos custos crescentes dos serviços hospitalares, não há mais espaço para os doentes crônicos e incuráveis, pois eles imobilizam o leito hospitalar. “O hospital, onde o trabalho realiza um capital, contribuindo para sua reprodução, precisa ser um espaço dinâmico, produtivo. Não é um asilo. ‘Não é um lugar para guardar doente’” (Ornellas, 1998, p. 261).

Com o desenvolvimento da ciência e da técnica, a medicina aprendeu, em primeiro lugar, que as doenças infecciosas são causadas por agentes etiológicos e que os modos de transmissão são variáveis. Depois aprendeu que as formas de tratá-las e preveni-las não dependiam exclusivamente do hospital como meio de trabalho, e que elas podiam também ser de responsabilidade do trabalho de saúde pública e das famílias. Assim, foram-se firmando as bases para que o modelo médico-curativo superasse a representação do hospital como lugar de doentes: o lugar destes é a sociedade, a família, a comunidade. O hospital é recurso de uso especializado e temporário, e não de recolhimento, abrigo e lugar de exclusão como era antes. A função social do hospital vai sendo delegada às famílias e à comunidade, passando a ser cada vez mais uma “função utilitária, pragmática de lugar de produção de serviços, de realização de lucros e mais valia” (Ornellas, 1998, p. 262).

Entretanto, os custos crescentes dos cuidados hospitalares, decorrentes da incorporação dos custos dos produtos industriais ao valor do cuidado, acabam instalando uma contradição, uma vez que essa elevação torna-se uma barreira à efetivação da extensão dos cuidados em saúde ou à universalização da assistência à saúde.¹³ Daí que apenas a articulação do trabalho em saúde com o econômico, que está na base da necessidade de se manter e

¹³ Essa é uma tendência que se desenvolve ao longo do século XX e se exacerba, principalmente, após a Segunda Guerra Mundial, no contexto da consolidação do capitalismo monopolista, decorrente do crescente desenvolvimento científico-tecnológico que então se verifica, instaurando cada vez mais um vínculo direto e específico entre saúde e economia. Mas, além da contradição entre a elevação dos custos e a universalização da assistência, Donnangelo (1976) diz que esse desenvolvimento leva: a) à superação da clínica como meio básico do trabalho médico, pois esses novos meios de trabalho rompem com o circuito relativamente fechado do ato terapêutico, por substituir etapas anteriormente inerentes ao ato clínico; b) à absorção progressiva da medicina artesanal por novas formas de organização da produção dos serviços de saúde, levando ao assalariamento médico, pois a incorporação de novos recursos tecnológicos exige concentrações financeiras somente compatíveis com grandes unidades de produção, que promovem a separação entre o trabalhador médico e seus meios de trabalho; c) e à mudança do próprio conteúdo da prática médica, determinado pela necessidade de reprodução de capitais industriais.

recuperar a força de trabalho com vistas ao aumento da produtividade, não esgota a análise do papel que esse trabalho assume na reprodução da estrutura de classes, nem os elementos subjacentes à necessária extensão dos serviços e às formas assumidas por eles. Baseada em Gramsci, Donnangelo (1976, p. 43) afirma que:

a articulação da medicina com o processo da hegemonia político-ideológica [pode ser] considerada através das possibilidades de aumento do consumo de serviços médicos, vale dizer, do sentido que adquirem no desenvolvimento dos antagonismos de classe, as políticas referentes ao aumento do consumo de bens e serviços, sejam ou não conduzidas pelo Estado.

O controle dos antagonismos, para a autora, visa mantê-los dentro de limites compatíveis com a reprodução da estrutura, e sua dimensão ideológica mais geral se expressa na ênfase da unidade social que nega a existência de diferenciação básica entre as classes, o que não é incompatível com o reconhecimento da desigualdade no plano da distribuição de bens de consumo, ou ainda com o acionamento de mecanismos capazes de garantir a elevação dos níveis de consumo. Mas essa desigualdade não se refere às fontes de obtenção da renda – trabalho ou propriedade – e sim ao seu montante, e dessa forma a perspectiva se desloca da contradição para a hierarquização das categorias sociais segundo um *quantum* de consumo. Assim, a própria diversidade de consumo das diferentes categorias sociais e as diferentes propostas de racionalização do trabalho em saúde representam um mecanismo potencial de suavização de conflitos sociais, uma vez que deslocam para a esfera do consumo os antagonismos identificáveis no nível da produção.

Donnangelo chama a atenção para o fato de que o deslocamento e os interesses econômicos, políticos e ideológicos envolvidos nesse exercício da hegemonia pela classe dominante não significam que se deva visualizar o processo político tão-somente pelo ângulo da dominação, mas também pelo da potencialidade do uso político das políticas sociais, particularmente considerando o Estado no centro desse processo.

Tal potencialidade (...) acresce-se do fato de que, incorporando efetivamente, em sua função de controle do desenvolvimento de antagonismos políticos, interesses imediatos das classes dominadas (...), o Estado reveste mais facilmente o caráter de entidade representativa dos interesses coletivos. (Donnangelo, 1976, p. 45)

No entanto, ela diz que o processo pelo qual a prática médica – ou mais amplamente o trabalho em saúde – acabou por tomar necessariamente como seu objeto praticamente todas as classes, frações de classes e camadas sociais constituiu uma das formas de manifestação, no

plano político, das relações de classe. As próprias alterações na produção dos serviços médicos ou na atenção à saúde manifestam o processo de incorporação da desigualdade no nível político-ideológico num duplo sentido: são, a um só tempo, expressão do exercício da hegemonia de classe e das pressões por aumento de consumo como potencialmente negadoras dessa hegemonia. Em outras palavras, “a compreensão da ‘política social’ como parte do processo de controle dos antagonismos implica que se apreenda o fato de que ela expressa, em sua realização e em suas modalidades, a relação das forças sociais ao nível das sociedades concretas” (Donnangelo, 1976, p. 46).

Portanto, a ampliação quantitativa dos serviços de saúde, a incorporação crescente das populações aos cuidados de saúde e as formas assumidas por esses serviços em diferentes sociedades e momentos históricos são resultado dos embates em torno de concepções da relação entre saúde e sociedade, e da ação de classes ou frações de classes. O trabalho hospitalar, assim, pode ser visto como uma das formas de construção da hegemonia da classe dominante, ao mesmo tempo que é expressão dos interesses das classes ou frações de classe não hegemônicas.

A reestruturação do trabalho hospitalar, no final do século XIX, tomou como ponto de partida as ciências da vida e suas tecnologias, assim como o modo taylorista de organização do trabalho. Essa reestruturação se baseava nas potencialidades que essas ciências demonstravam para prolongar a vida humana e satisfazer as necessidades de saúde, na sua capacidade de repor mais rapidamente a mercadoria força de trabalho em circulação e numa nova racionalidade do processo de trabalho, que buscava aumentar a produtividade por meio da ‘gerência científica’, proposta por Frederick Winslow Taylor no âmbito do trabalho industrial.

A ênfase central era a eficiência do trabalho, que na indústria é um conceito que exerce um papel importante para compreender o contínuo revolucionar dos instrumentos de trabalho e da organização social da produção, na busca do aumento da produtividade e, conseqüentemente, de mais-valia pelo capital. Apesar de o trabalho em saúde não produzir diretamente mais-valia, a busca da eficiência cumpre aí o mesmo papel, visando com o aumento progressivo das internações hospitalares, por um lado, diminuir a quantidade da força de trabalho necessária para a produção da assistência, e por outro, aumentar a intensidade do trabalho por meio da diminuição da porosidade da jornada de trabalho e do tempo de trabalho necessário para a execução dos procedimentos.

Nos países capitalistas centrais, o hospital pouco a pouco assumiria a posição central na prestação de serviços de saúde, definindo-se como o *locus* de encontro do trabalhador coletivo de saúde e detentor da infra-estrutura e dos equipamentos necessários à prestação de serviços de assistência à população. Ele se moderniza, passando a assumir cada vez mais as características de grande indústria, com a crescente incorporação de tecnologias materiais, o progressivo assalariamento da força de trabalho, a crescente diferenciação da mão-de-obra empregada e o aprofundamento da divisão técnica do trabalho em saúde, decorrente da organização do trabalho baseada nos conceitos de administração científica e racional aplicados aos cuidados. Um tipo de organização em que a preocupação central não é dar conta das necessidades de saúde, mas aumentar a produtividade dos trabalhadores para dar conta da grande demanda de cuidados, em consequência do maior fluxo de pacientes, e assim diminuir o tempo de internação e aumentar a rotatividade.

Nos Estados Unidos, desde a segunda década do século XX, o processo de trabalho em saúde já se organizava em torno do chamado hospital moderno, reproduzindo a divisão do trabalho típica do processo de trabalho industrial. Em 1910, a educação médica nesse país sofreria a sua primeira grande reforma, com as propostas do modelo biomédico flexneriano, que orientaria a partir daí a organização das escolas médicas, bem como exerceria influência na organização do ensino do conjunto das profissões de saúde.¹⁴

Entre 1870 e 1910, os hospitais se tornaram o centro da educação e da prática médica, passando de 178 para quatro mil estabelecimentos nesse período, concentrando no seu interior as tecnologias que permitiram o avanço da assistência de enfermagem e da cirurgia médica e, conseqüentemente, o atendimento em massa dos trabalhadores. Os pioneiros cirurgiões irmãos Mayo – William e Charles Mayo –, que de 1889 a 1892 praticaram apenas 54 operações abdominais, em 1900 fizeram 612 e, cinco anos depois, 2.157 (Starr, 1991). Concomitantemente, esse modelo médico-curativo vinha produzindo uma grande divisão do trabalho no interior da própria categoria médica (clínicos, cirurgiões, anestesistas,

¹⁴ O modelo flexneriano reestruturou a educação médica nos EUA a partir da publicação do informe de Abraham Flexner, em 1910, e seria predominante até os anos 1950. Encomendado pela Carnegie Commission for Advancement of Teaching, esse informe é resultado de uma análise das escolas médicas americanas sobre a qualidade do ensino e da pesquisa científica por elas desenvolvidas. A proposta de Flexner tentava conciliar o cientificismo alemão da época e a modernização administrativa dessas escolas, visando à eficiência da formação. No entanto, a ideia de unir no mesmo lugar a formação de médicos e enfermeiros influenciou o surgimento de vários centros médicos universitários, tais como o Cornell Medical College-New York Hospital, o Yale Medical School-New Haven Hospital, o Washington Medical School-Barnes Hospital e a Western Reserve University Medical School-Lakeside Hospital. Esse modelo de formação também seria incorporado por outros países capitalistas centrais após a Segunda Guerra Mundial (Rodríguez Neto, 1979; Garcia, 1989; Schraiber, 1989).

radiologistas, endocrinologistas etc.), mas seu número já “era sobrepujado amplamente por um exército de trabalhadores paramédicos, entre os quais se incluíam técnicos de laboratórios, de raios X, fisioterapeutas, enfermeiras, etc.” (Garcia, 1989, p. 195).

O sistema Nightingale se implanta nos Estados Unidos em 1873, mas diferentemente da Inglaterra, as escolas então criadas não detêm autonomia administrativa dos hospitais, prevalecendo “a convicção oposta de que as escolas de enfermagem existiam para prover o serviço de enfermagem para o hospital” (Almeida, 1986, p. 49). O crescimento fenomenal de hospitais foi acompanhado pelo grande ritmo de criação de escolas de enfermagem. Em 1890, havia 35 escolas de enfermagem; dez anos depois, 432; em 1909, o número cresceu para 1.096, e, como na Inglaterra, tornou-se corrente o uso de estudantes como mão-de-obra não paga.

A formação ocorria no próprio hospital durante quatro ou cinco meses. Elas trabalhavam gratuitamente durante três anos, em troca de cama e alimentação, num regime de doze a dezesseis horas de trabalho, e eram obrigadas a morar no hospital. Mas, como o número de estudantes não acompanhava nem o ritmo de criação dos hospitais nem a demanda pelos cuidados de enfermagem, passou-se a contratar também “pessoal elementar” (Almeida, 1986, p. 51) para as atividades de assistência, conhecido entre nós como atendentes de enfermagem. Ocorre que, tanto para as alunas como para o pessoal elementar, a ênfase do treinamento não é no ‘por que’ executar o procedimento, mas no ‘como’ executá-lo com eficiência, com o objetivo de desenvolver a habilidade e a destreza para o trabalho pesado. A outra ênfase é na conduta das auxiliares responsáveis pelo cuidado direto, levando-se em conta aspectos tais como respeitabilidade, obediência, delicadeza, submissão, lealdade, passividade e religiosidade. A formação profissional era precária, baseada em simples treinamento; as instruções eram dadas na própria enfermaria, na cabeceira do leito, pela enfermeira-chefe; não se selecionavam experiências de aprendizagem adequadas, e procedia-se à distribuição das tarefas entre as alunas e o pessoal elementar.

Assim, a organização do trabalho e das técnicas de enfermagem se tornaria fundamental para dar conta do grande número de internações e do emprego de um expressivo contingente de mulheres sem formação profissional adequada, ao mesmo tempo que, com o aumento quantitativo de trabalhadores no interior dos hospitais, se acentuaria a necessidade de controle social desses trabalhadores. Diante disso, o trabalho de enfermagem passaria a ser

organizado em torno das três características básicas da organização capitalista do processo de trabalho, conforme Brighton (1991).

Em primeiro lugar, aprofunda-se a divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual, que tem a ver não com a divisão entre funções mentais e físicas do organismo humano, mas com a divisão entre aqueles que detêm o monopólio do conhecimento e o poder de prescrever a terapêutica, impondo assim os objetivos da assistência – os médicos –, e aqueles envolvidos na produção da assistência previamente padronizada e especificada – os auxiliares de enfermagem. Uma das primeiras formas de expressão dessa divisão é a transferência de procedimentos clínicos que, antes, eram da competência médica, tais como a verificação de temperatura, respiração, aplicação de injeções hipodérmicas e de testes diagnósticos, tipos de tratamento e equipamentos, com que tanto os enfermeiros como os auxiliares deveriam se familiarizar.

Em segundo lugar, a organização hierárquica do trabalho se torna fundamental em virtude da natureza inerentemente antagônica do processo de trabalho entre os que detêm os meios de produção e o conhecimento científico-tecnológico e os que só têm a mercadoria força de trabalho. Desse ponto de vista, o essencial é a constituição de um sistema de relações de poder, cuja função consiste em definir e fazer valer a disciplina do processo de trabalho, nem tanto quem personifica essa função, que no caso pode ser tanto o médico como o enfermeiro. Na sua ausência, o médico pode exercer o papel da gerência, mas desde a institucionalização da profissão, a gerência do trabalho de enfermagem é delegada e torna-se uma das principais atribuições do enfermeiro.

Contratados em pequeno número e de classe social mais elevada que as auxiliares de enfermagem, ao enfermeiro caberá o controle social desse contingente de trabalhadores. Como a disciplina já era um conceito fundamental na constituição da profissão, tornou-se atributo quase exclusivo dos enfermeiros alocar tarefas, impor velocidades e intensificações, punir a má qualidade do trabalho, impor normas, enfim, aumentar a eficiência do processo de trabalho.

Por último, a fragmentação/desqualificação do conteúdo do trabalho decorre das necessidades de rotinas calculáveis e padronizáveis, do aumento da intensidade do trabalho com o mínimo de porosidade e da possibilidade de comprar força de trabalho mais barata e facilmente substituível.

É nos hospitais americanos no final do século XIX que as técnicas de enfermagem são sistematizadas e organizadas, justamente em decorrência do grande número de internações e do uso de estudantes e do emprego de trabalhadores sem formação profissional, responsáveis pelo cuidado direto com os pacientes. Desse ponto de vista, a ‘standardização’ das técnicas de enfermagem foi fundamental para homogeneizar e criar um padrão de intervenção, em razão das desigualdades de instrução dos trabalhadores.

É nesse quadro dos hospitais americanos que a técnica de enfermagem começou a se organizar como meio de trabalho de enfermagem, não tanto para dar conta do objeto de trabalho, ou seja, prestar o cuidado de enfermagem, mas para dar conta da grande demanda destes cuidados (...). Daí o emprego de um grande número de pessoal de enfermagem, sem preparo, necessitando, portanto, de simples instrução, passo a passo, sobre a maneira de executar um procedimento, mas sem a necessidade de aprender o porquê dele (Almeida, 1986, p. 51).

Segundo Almeida (1986), as técnicas de enfermagem são a primeira expressão do saber na enfermagem e uma das três áreas de conhecimento incorporada no primeiro currículo norte-americano – *Standard Curriculum for Schools of Nursing*, organizado em 1917 pelo Comitê de Educação da National League of Nursing Education, sob os auspícios da Fundação Rockefeller. Na prática, tornaram-se o âmago principal de todo processo educativo, tanto que, para a autora, no período que se estende do final do século XIX às primeiras décadas do século XX, o saber de enfermagem pode ser compreendido como a capacidade de desempenhar tarefas e procedimentos, sem nenhuma elaboração de princípios científicos. O trabalho de enfermagem não estava centrado no seu objeto de trabalho, os cuidados aos pacientes, mas na maneira de serem executadas as tarefas resultantes da prescrição médica, servindo muito mais como meio de trabalho a serviço do trabalho médico.

Isso impedia o desenvolvimento de qualquer saber científico sobre o cuidado de enfermagem, o que só iria ocorrer na década de 1950, quando se buscou fundamentar a prática de enfermagem com princípios científicos de física, química, anatomia, fisiologia, bacteriologia, bioquímica, psicologia, ética, sociologia e religião. Até então, a enfermagem era considerada uma profissão não-científica. Em outras palavras, era considerada um saber prático que se organiza com base nas técnicas de enfermagem, que sempre estiveram presentes em outros momentos históricos como simples rituais de cuidados domésticos dispensados pelas famílias às crianças e seus doentes, tais como troca de roupa de cama, curativo e higiene do ambiente.

Portanto, diferentemente das exigências que os novos processos de produção apresentam para a grande indústria (Ramos, 2001) e para a própria educação médica (Schraiber, 1989) em termos de escolarização, a escola só tardiamente passou a assumir o papel de socialização – como também de transmissão do saber técnico – para o conjunto dos trabalhadores técnicos em saúde, particularmente da área de enfermagem. Durante esse longo período de tempo, que se estendeu até a década de 1950, nos EUA, a formação para o trabalho nessa área significa, predominantemente, disciplina e doutrinação por meio dos treinamentos no âmbito do hospital, e não da formação profissional, no sentido de conferir ao trabalhador técnico o domínio de um ofício.

Só com a universalização do conjunto de técnicas básicas nos hospitais e a crescente incorporação da ciência no processo de trabalho em saúde – seja por meio de novos procedimentos terapêuticos, seja por meio do avanço da tecnologia médica e da produção de equipamentos médico-hospitalares – é que se gera na população a necessidade de se dominar uma certa quantidade de conhecimentos e destrezas para poder trabalhar em qualquer hospital. Isso trouxe a exigência de novas qualificações dos trabalhadores técnicos de enfermagem, no contexto de uma sociedade urbano-industrial que transforma cada vez mais a medicina numa medicina da força de trabalho, parafraseando Foucault (1981).

As técnicas consistem fundamentalmente na descrição do procedimento a ser realizado, passo a passo, e na relação do material que é utilizado. São simples sequências de passos, materiais e rituais, expressos por normas e rotinas, organizados em manuais de técnicas especialmente elaborados pelas enfermeiras para regular o cuidado a ser prestado e as rotinas hospitalares. Pode ser um procedimento realizado diretamente com o paciente, como banho no leito, curativo e colocação de sondas, por exemplo, como também ao que toca às rotinas administrativas, como admissão e alta de pacientes. Inclui os procedimentos que dizem respeito ao manuseio do material hospitalar, como montagem de sala de operação e esterilização de instrumental, entre outros. São essas técnicas básicas, acompanhadas das técnicas disciplinares, as primeiras a serem delegadas ao conjunto dos trabalhadores técnicos de enfermagem.

Além das técnicas básicas, o desenvolvimento da especialização médica fez-se acompanhar da produção de técnicas de enfermagem em áreas específicas, tais como técnicas na sala de cirurgia, nas unidades de terapia intensiva e na hemodiálise, entre outras. Por sua vez, a crescente incorporação de tecnologias materiais ao processo de trabalho também foi

produzindo novas técnicas relacionadas ao manuseio dos equipamentos e/ou procedimentos com o paciente necessárias para a realização do exame.

A questão das técnicas e a conseqüente sistematização do seu tempo e movimento, como no taylorismo, refletiram-se na temática da produção científica em enfermagem nas primeiras décadas do século XX. Entre 1920 e 1930, nos EUA, assistiu-se ao *boom* de estudos sobre a lavagem das mãos, o tempo em enfermagem obstétrica, os métodos de amamentação e o termômetro, além de propostas em torno da experimentação em enfermagem.

Estas técnicas passam a ter seu desenvolvimento pleno quando se organizam também as ações dos operários na indústria norte-americana. Os estudos de Taylor sobre a gerência científica passam a ser importante fonte de dados para a organização, também, do trabalho de enfermagem nos hospitais, que no primeiro quarto [do século XX] é todo realizado por pessoal não preparado, ficando as poucas enfermeiras responsáveis pela supervisão desse pessoal. Então é necessário que as tarefas sejam previamente descritas, passo a passo, para o pessoal que não tem preparo para realizá-las, e é preciso economizar material, tempo, movimento e energia para que um pequeno número de trabalhadores dê cumprimento às inúmeras tarefas hospitalares. (Almeida, 1986, p. 34)

Esse desenvolvimento das técnicas possibilitou a sistematização de uma modalidade de organização do processo de trabalho de enfermagem denominada de modalidade funcional. As principais características desse tipo de organização são o agrupamento dos pacientes para fins de economia de tempo – e de maior rapidez na execução da assistência – e a distribuição dos procedimentos de acordo com o seu nível de complexidade. Os cuidados básicos são delegados ao conjunto dos trabalhadores técnicos de enfermagem, sendo que um presta os cuidados de higiene a todos os pacientes, outro verifica os sinais vitais (temperatura, pressão e respiração) de todos, outro dá a medicação, e assim por diante – ou seja, um mesmo paciente é atendido por vários trabalhadores. Geralmente, mas não necessariamente, os cuidados mais especializados são de responsabilidade dos enfermeiros. Mas a própria prática de trabalho, e não necessariamente a formação escolar, é que determina a qualificação de alguns trabalhadores técnicos na habilidade e perícia de procedimentos mais complexos.

O que é de exclusiva responsabilidade do enfermeiro na modalidade funcional são os procedimentos de gerência, os quais se firmaram com os trabalhos de Frederick Winslow Taylor, que tratavam da ‘gerência científica’. Publicados a partir de 1910, seus estudos vieram reforçar esse papel que o enfermeiro assumiu, prioritariamente, desde o início da sua profissionalização.

Para Braverman (1987), Taylor não cria propriamente algo novo, mas uma síntese das idéias que germinavam na Inglaterra e nos Estados Unidos, no século XIX, sobre os

fundamentos da organização dos processos de trabalho e do controle sobre eles. Para Neto (1991), no entanto, o taylorismo foi a fórmula encontrada pelo capital para elevar a produtividade dos processos de trabalho que ainda dependiam da habilidade do trabalhador, isto é, do trabalho vivo, seja em funções simples, seja em funções complexas. Nesse sentido, significou uma regressão relativamente às bases técnicas especificamente capitalistas na sua forma mais avançada, representada pela introdução da maquinaria, que eliminou do processo de trabalho todos os condicionamentos subjetivos, substituindo-os por um princípio objetivo de organização a partir da aplicação da ciência à produção, libertando-a da dependência do trabalho vivo com a utilização do trabalho morto. Segundo Neto (1991), a cisão entre trabalho manual e intelectual já estava posta com a introdução da maquinaria; a diferença é que, com o taylorismo, essa cisão ocorre mantendo o trabalho manual como a base do processo de trabalho.

De acordo com Braverman (1987), a proposta taylorista se organizou em torno de três princípios: 1) a dissociação do processo de trabalho das especialidades dos trabalhadores; 2) a separação de concepção e execução; e 3) a utilização desse monopólio do conhecimento para controlar cada fase do processo de trabalho e seu modo de execução. Com Taylor, o conceito de controle ganha um significado completamente novo, pois retira do trabalhador qualquer decisão sobre a execução do trabalho. Para ele, os trabalhadores controlados apenas pelas ordens e disciplinas gerais não são adequadamente controlados, porque estão atados aos processos de trabalho reais. “Para mudar essa situação, o controle deve passar às mãos da gerência, não apenas no sentido formal, mas pelo controle e fixação de cada fase do processo, inclusive seu modo de execução” (Braverman, 1987, p. 94), o que pressupõe a existência de um departamento de planejamento para fazer o pensamento dos homens. O monopólio do conhecimento deve estar nas mãos do gerente que o reduz a regras, leis e fórmulas, levando ao máximo desenvolvimento a análise de tempos e movimentos.

Entretanto, Neto (1991) chama a atenção para o aspecto de que a questão sobre até onde se pode controlar o movimento humano não é passível de ser resolvida pela ciência, pois a ergonomia (estudo dos tempos e movimentos), base da organização taylorista do processo de trabalho, não pode ser vista como algo objetivo, como o foi com a introdução da maquinaria, mas sim como algo sujeito a negociações e compromissos. A ergonomia trata fundamentalmente com a subjetividade, com homens e não com máquinas, e a imperfeição humana para movimentos uniformes está no centro das limitações tanto do taylorismo como

posteriormente do fordismo. A outra limitação é que se essa forma de organização da produção consegue destituir o trabalho de qualquer conteúdo, não consegue tornar os trabalhadores supérfluos. Ao contrário, os exige em grande quantidade para atuarem como ‘autômatos úteis’ no lugar dos elementos inanimados da máquina.

Esse fenômeno, conforme indica Almeida (1986), foi responsável pela proletarização da enfermagem, que ocorreu nos Estados Unidos no período de 1932 a 1946, decorrente da contratação de milhares de trabalhadores como forma de baratear o custo do trabalho. “Os anos 1930 viram nascer a enfermagem funcional realizada por pessoal não-preparado, e as enfermeiras passaram a ocupar cargos administrativos nas unidades de internação” (Almeida, 1986, p. 55).

Antes dessa década, as enfermeiras se recusavam a ser submetidas ao assalariamento pelo hospital, em razão dos baixos salários, do regime de trabalho de doze a dezesseis horas por dia e da obrigação de morar nos hospitais, tal qual as estudantes. Na sua maioria, trabalhavam como enfermeiras particulares, contratadas e pagas pelos próprios pacientes, nos hospitais ou nos domicílios; não estavam subordinadas ao regime e à rígida divisão do trabalho e supervisão dos modernos hospitais. Desde 1923, milhares de enfermeiras estavam trocando o trabalho hospitalar pelo trabalho industrial, particular e clerical.

No entanto, com a depressão americana pós-1930, a prática liberal tornou-se limitada pela deterioração das condições financeiras dos próprios pacientes. Ao mesmo tempo, a Associação Americana de Enfermagem e a Associação Americana de Hospitais fizeram uma aliança para estabilizar o sistema hospitalar, seja com a criação de seguro-saúde individual, que possibilitou cuidados de saúde hospitalares para um grande segmento da população e a recuperação econômica dos hospitais, seja com o desenvolvimento de métodos de recrutamento, organização e disciplinamento do *staff* de enfermagem, com a criação da enfermeira prática licenciada (com um ano de treinamento) e a contratação das enfermeiras para os postos de gerência. De todo modo, essas medidas não foram suficientes para evitar o surgimento do movimento sindical de enfermeiras americanas, nos anos 1940, que denunciou as péssimas condições de trabalho e a rígida hierarquia hospitalar.

Portanto, podemos dizer que quando a enfermagem profissional se organiza no Brasil por enfermeiras norte-americanas, ela já é uma profissão liberal em franco processo de desenvolvimento naquele país. Nada comparado com o ‘estado da arte’ da enfermagem num país dependente e agrário-exportador. O sistema Nightingale foi implantado, no Brasil, em

1923, com a abertura da primeira Escola de Enfermagem dirigida exclusivamente por enfermeiras e com autonomia pedagógica, junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), na gestão do sanitarista Carlos Chagas.

Foi parte da Missão Técnica de Cooperação para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, chefiada pela enfermeira norte-americana Ethel Parsons, que se tornou a superintendente-geral do Serviço de Enfermeiras do DNSP. Empreendimento capitaneado pelo Estado brasileiro, com financiamento da Fundação Rockefeller, essa escola demarcaria, no país, o modelo de ensino e de prática da enfermagem moderna.

2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM MODERNA NO BRASIL, O MODELO DAS MISERICÓRDIAS DE FORMAÇÃO TÉCNICO-PROFISSIONAL E A CRIAÇÃO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

2.1 A enfermagem no Brasil e o perfil polivalente de formação dos enfermeiros

No Brasil, diferentemente da Inglaterra e dos Estados Unidos, a enfermagem institucionaliza-se como profissão a partir do trabalho de saúde pública e não do trabalho hospitalar. Foi com o argumento de que havia necessidade de técnicos qualificados de nível médio para a área sanitária que o Estado brasileiro, em 1923, assumiu a profissionalização das enfermeiras de higiene, com a criação da Escola de Enfermeiras vinculada ao antigo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), denominada Escola de Enfermagem Anna Nery em 1926. O modelo nightingaleano instala-se no Brasil com a Missão Parsons, um grupo de enfermeiras norte-americanas que, sob a liderança de Ethel Parsons, aqui chegam para organizar a Escola de Enfermeiras, financiada com recursos da Repartição Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller.¹⁵

A ênfase no trabalho de saúde pública está relacionada ao caráter do desenvolvimento capitalista no Brasil, no período que vai do final do século XIX até 1930, ligado à exportação de matérias-primas e alimentos. Para Garcia (1989), nesse período, para possibilitar e acelerar a circulação de mercadorias para as metrópoles centrais do capitalismo e realizar a mais-valia produzida nesses países no incipiente mercado brasileiro, o sanitarismo transforma-se em centro de atividade e de produção intelectual. Do ponto de vista sanitário, o Rio de Janeiro era conhecido como a cidade mais pestilenta do mundo. As constantes epidemias, principalmente de febre amarela, que grassavam na capital federal punham em risco o processo de acumulação de capital e reprodução da força de trabalho deflagrado quando houve a reestruturação do espaço urbano e a substituição da escravidão pelo trabalho assalariado, na segunda metade do século XIX. Às vésperas da Abolição, a política de imigração, vasto

¹⁵ A Fundação Rockefeller é uma instituição que “brota do petróleo” em 1913 e se instala no Brasil em 1916. Sua ação na América Latina, segundo Labra (1987), visou atingir dois objetivos: fazer um levantamento dos recursos naturais tendo em vista novos investimentos e a expansão da Standard Oil; e induzir a criação de órgãos de saúde pública que assumissem a extinção da febre amarela e da malária nas zonas infestadas próximas aos principais portos. Foi um veículo importante na divulgação das propostas da Oficina Sanitária Pan-Americana, financiando a instalação de serviços e escolas, bolsas de estudos de aperfeiçoamento nos Estados Unidos e prestação de assessorias técnicas.

empreendimento subsidiado pelo Estado e capitaneado pelos potentados do café com o objetivo de criar volumosa e barata oferta de mão-de-obra, inaugura o início da formação do mercado de trabalho no país. Calcula-se que entre 1887 e 1897 chegaram ao Brasil 1.300.000 imigrantes.

A intervenção do Estado brasileiro, particularmente na questão da saúde, se amplia nos anos 1920. É uma década de modernização geral da sociedade brasileira, de grandes debates nacionais relacionados com a questão da identificação político-nacional, quando exigências de ordem do capital e do trabalho fazem emergir a saúde e a educação como práticas privilegiadas das políticas sociais. É um momento em que os interesses da cidade começam a sobrepujar os interesses do campo, com o crescimento da população urbana, a incipiente industrialização e o progressivo processo de urbanização.

A partir da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), o mundo passa por intensas transformações que repercutem na sociedade brasileira. Em primeiro lugar, há o deslocamento de poder da Europa para os Estados Unidos – país que, vitorioso na Primeira Guerra, torna-se a potência mundial e vai assumindo cada vez mais a liderança do mundo capitalista. Em segundo lugar, a efervescência sociopolítica da Europa Ocidental, arrasada pela guerra, castigada pela inflação e pelas precárias condições de vida e trabalho de grande parcela da população, associada às reivindicações do movimento operário. Por último, a vitória da Revolução Russa de 1917 (Brum, 1991).

No plano interno, o contexto da guerra cria condições favoráveis para a decolagem do processo de industrialização no Brasil. O bloqueio econômico internacional dificulta as importações de produtos industrializados e produz excedentes de capital oriundos da crise do café, em consequência das dificuldades de exportação de nosso principal produto comercial, incentivando desde aí o processo de substituição de importações, via constituição de indústrias voltadas para o mercado interno. Essa conjuntura abre novas perspectivas para o incipiente setor manufatureiro e em apenas cinco anos, no período de 1914 a 1919, são criados no país 5.940 estabelecimentos industriais, e a produção industrial cresce 109% em termos reais. Em 1920, já se registra a existência de 13.336 estabelecimentos industriais, que no seu conjunto ocupam um total de 275.512 trabalhadores no país (Brum, 1991).

No plano social, o efeito mais marcante é a eclosão das reivindicações operárias e da luta social. Seu marco é a grande greve operária realizada em São Paulo em 1917, com importante participação dos trabalhadores imigrantes, os quais trazem uma relativa vivência e

experiência das lutas sociais de seus países de origem. Esses imigrantes vêm para o Brasil com a motivação de ‘fazer a América’ e acabam por se submeter aos drásticos horários e regulamentos despóticos na esperança de enriquecer, o que na maioria das vezes, assim como ocorria com os trabalhadores nacionais, reproduziu uma condição proletária marcada por flagrante pauperismo (Kowarick, 1994).

É nesse contexto que a ‘questão social’ emerge e avança com a expansão da indústria e o crescimento do número de operários, não sendo mais possível ao Estado ignorá-la. São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre são palcos de importantes movimentos grevistas. Socialismo, anarquismo e comunismo são algumas das ideologias que dominam o movimento sindical e operário. No transcurso dos anos 1920, portanto, cresce o nível de reivindicações dos vários grupos sociais e seus elementos mais organizados lideram vários movimentos que atingem desde o operariado até a nascente burguesia industrial, levando os próprios militares a reelaborarem as suas concepções sobre a defesa e a segurança nacionais, em relação ao desenvolvimento das forças produtivas no país.

Entre esses movimentos, destacam-se a fundação do Partido Comunista do Brasil, em 1922; as primeiras manifestações do tenentismo, que exprimia os interesses, os ideais e as ambições políticas de alguns setores do Exército, particularmente da ala jovem, marcando com a irrupção de revoltas armadas a luta pela mudança do processo político, tendo saído vitorioso na Revolução de 1930; a fundação da Legião do Cruzeiro do Sul, em 1922, um partido político de inspiração fascista; e a realização da Semana de Arte Moderna, em São Paulo, em 1922, manifestação de jovens artistas de vanguarda impregnados de tonalidades nacionalistas: verde-amarelismo, antropofagismo, movimento pau-brasil, revalorização do folclore, revisão da história cultural do país etc. Em comum, esses movimentos contestavam a velha ordem oligárquica latifundiária e faziam oposição a ela (Ianni, 1991; Brum, 1991).

O Estado oligárquico, na tentativa de institucionalizar, normalizar e controlar as relações entre capital e trabalho, assina, em Versalhes, logo após o término do conflito mundial (1919), o compromisso de adotar uma legislação trabalhista que, entre outros pontos, acenava para a jornada de oito horas de trabalho diárias. Cria, em 1921, o Departamento Nacional do Trabalho, que não passou de retórica; a Lei de Acidentes de Trabalho (1921); a Lei Elói Chaves (1923), que institui as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os ferroviários, logo depois estendida aos portuários e marítimos, categorias representativas da

expansão e modernização da infra-estrutura de transportes e dos portos de exportação (Rio de Janeiro e São Paulo); e a Lei de Férias (1925).

Na área de saúde, o Estado amplia a sua atuação criando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) por meio do decreto n. 3.987, de 2/1/1920. Essa iniciativa provoca importantes mudanças na prática estatal do trabalho de saúde pública e significa uma ampliação da iniciativa pública com relação a problemas sanitários, verificados no país durante as duas primeiras décadas do século XX, assim como um progressivo processo de racionalização do trabalho em saúde e das relações sociais, que então começa a ser gestado no interior do setor saúde com base no discurso higienista.

Para Labra (1985), tal mudança na racionalidade do trabalho em saúde não pode ser explicada por fatores puramente institucionais e administrativos, nem deve ser vista como puro reflexo das exigências da economia. De acordo com essa autora, tanto a criação do DNSP como a legislação que o regulamentou devem ser entendidas como parte das transformações que então se operam na sociedade brasileira no final da Primeira República. São elementos constitutivos de uma nova ordem político-econômica em gestação, mas também constituintes de novas formas de legitimação, dominação e controle sobre a sociedade, que acompanhava o que Labra (1985) denomina de movimento de ‘taylorização’ do mundo.

Desse modo, o campo sanitário, nos anos 1920, segundo essa autora, se articula com as necessidades de se adaptar a maquinaria pública às exigências de expansão do capitalismo industrial. Ao mesmo tempo, ele é invadido pelas concepções de racionalidade do processo de trabalho e de ‘gerência científica’. Toma emprestado formas de gerenciamento, organização e controle dos processos de trabalho típicas desse modelo de administração, que é exportado pela Conexão Sanitária Internacional,¹⁶ particularmente pela Oficina Sanitária Pan-Americana, responsável pela veiculação da ideologia do ‘pan-americanismo’. Essa concepção defendia uma identidade comum entre as jovens nações do Novo Mundo, a qual as separava da velha Europa Ocidental em relação a clima, geografia, condições epidemiológicas e tipos de governo. E na medida em que todos são iguais e anseiam por prosperidade e progresso,

¹⁶ Rede de organizações internacionais criadas no início do século XX que tinham por objetivo impedir os riscos de ordem sanitária que pairavam sobre o comércio internacional. Consolidam-se na década de 1920, sob a hegemonia dos Estados Unidos, atuando por meio da Oficina Sanitária Pan-Americana, criada em 1923, que mais tarde se converteria na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

nada mais racional do que ‘estandardizar’ internacionalmente as políticas, os programas, as organizações, os procedimentos em matéria sanitária e a formação dos trabalhadores.

Nesse contexto, a administração sanitária surge como uma responsabilidade do Estado, ou seja, este seria responsável pela definição das linhas de atuação e organização em saúde pública, pela formulação dos códigos sanitários, pelo estabelecimento, normatização e financiamento dos serviços nacionais de saúde e pela formação de pessoal especializado, principalmente médicos higienistas – que se organizam em torno da ‘Escola dos Jovens Turcos’ –¹⁷ e enfermeiras de higiene. O objetivo era compor um ‘estado-maior’, com ‘oficiais’ responsáveis pela condução e organização do sistema e seus ‘soldados’.

Tanto para os higienistas como para a Missão Parsons, a resolução dos nossos problemas sanitários era uma questão de administração sanitária e formação de técnicos especializados, sem considerar as profundas diferenças econômicas, sociais, políticas e culturais existentes entre o Brasil e os EUA. Eles supunham que o progresso, a riqueza e o bem-estar seriam alcançados se fossem seguidos os caminhos percorridos por este último país, o que na área de saúde significava implantar o modelo médico-sanitário.¹⁸ Na área de enfermagem, a formação de enfermeiras era considerada uma medida de urgência, visto que, segundo diagnóstico da Missão Parsons, a enfermagem brasileira estava atrasada em um século, igualando-se à Inglaterra antes de Florence Nightingale, época em que esta profissão era ainda do tipo servil (Dornelles, 1995).

Labra (1985) destaca que tal modelo de atenção à saúde, nesse momento histórico, vai entrar em contradição, no plano econômico, com o nível de desenvolvimento das forças produtivas internas; no plano político, com a acirrada luta pelo poder entre as frações da classe dominante; e no plano ideológico, com a corrente nacionalista da saúde, que se opunha

¹⁷ Termo emprestado de Lima Sobrinho (1981), designa uma corrente do pensamento sanitário que iria influenciar profundamente os rumos da saúde pública brasileira a partir dos anos 1920, quando os ‘Jovens Turcos’ subiram ao poder na reforma que daria origem ao DNSP, implementada no Governo Epitácio Pessoa e na gestão de Carlos Chagas. Eram chamados de ‘Jovens Turcos’ pelos opositoristas, em alusão ao golpe militar na Turquia, dirigido pelo general Ataturke, que conduziu um grupo de jovens oficiais ao poder. A alusão tentava caracterizar a velocidade com que os ditos jovens sanitaristas chegavam ao poder ou exerciam influência sobre ele. Na sua maioria, completam sua formação sanitária nos EUA, a partir de 1919, quando a Universidade John Hopkins criou o primeiro curso de especialização em Saúde Pública para médicos.

¹⁸ Esse modelo médico-sanitário de origem americana partia de alguns princípios. Primeiramente, da descentralização e municipalização dos serviços, isto é, da organização de distritos sanitários sob a responsabilidade dos municípios. Em segundo lugar, da concentração no interior dos centros de saúde, de tipo polivalente, de vários serviços então dispersos em várias inspetorias: tuberculose, higiene infantil, doenças venéreas, pré-natal, doenças transmissíveis, lepra, saneamento e polícia sanitária, administração e estatística, laboratório, exames de saúde e o serviço de enfermeiras. Por último, o poder de comando deveria ser entregue a um especialista: o sanitarista, auxiliado por trabalhadores subalternos adestrados, com destaque para a enfermeira de higiene. Para os sanitaristas, esse tipo de organização do trabalho de saúde pública, realizado de forma contínua e permanente por meio de centros de saúde, iria permitir que o homem, pela saúde física e mental, utilizasse a sua eficiência máxima no trabalho.

à intervenção estrangeira na área. Braga e Paula (1981) também apontam dois equívocos desse modelo. O primeiro está relacionado à concepção da relação doença e pobreza, segundo a qual, solucionado o problema da doença, a pobreza estaria automaticamente resolvida. O segundo equívoco tem a ver com o método de combate à doença, pois ao comparar os níveis de doença e as ações sanitárias dos ‘países pobres’ aos dos ‘países ricos’, os sanitaristas concluíram que para alcançar o mesmo nível de saúde bastava gastar os mesmos recursos e montar a mesma estrutura sanitária, o que tornou inviável o modelo. As razões decorrem da prioridade conferida pelo Estado brasileiro, a partir dos anos 1930, à criação das condições básicas para o avanço do processo de industrialização no país e da própria estreiteza da sua base financeira, dado o limitado desenvolvimento industrial. Esse modelo implicava requisitos técnicos e financeiros relativamente elevados, que conflitavam com a realidade econômico-social brasileira.¹⁹

De todo modo, nos anos 1920, tanto para os ‘Jovens Turcos’ como para as enfermeiras norte-americanas, a implantação do modelo médico-sanitário e a busca de racionalização e eficiência – por meio do aperfeiçoamento dos métodos gerenciais, das técnicas quantitativas e do ensino especializado – passam a ser consideradas condições fundamentais para a erradicação da doença e da pobreza. Por sua vez, o modelo de formação da Escola de Enfermeiras do DNSP, que tem origem num inquérito efetuado com os auspícios da Fundação Rockefeller nos hospitais privados americanos, tem uma base polivalente, capacitando-as para atuar nos diversos setores do trabalho hospitalar, assim como no trabalho de saúde pública (Lima, 1994).

Em 1922, o Serviço de Enfermeiras do DNSP, ao qual estava vinculada a escola, elabora um texto no qual informa que nos Estados Unidos, naquele momento, a profissão já contava com mais de 100.000 enfermeiras trabalhando em uma das trinta especialidades existentes e com cerca de 50.000 alunas inscritas nas 1.585 escolas registradas. Entre as vantagens da profissão em relação a outros empregos femininos, enumera-se o baixo custo da formação de enfermeiras, o mercado de trabalho em que a procura é maior que a oferta, o “ordenado” igual ou superior ao pago nas outras profissões femininas, e “caso queira casar-se,

¹⁹ Esse debate, como sinalizam Braga e Paula (1981), seria dominante na área de saúde pública até os anos 1950. A partir de 1956, o sanitarismo desenvolvimentista, que abriga no seu interior diversas expressões políticas de cunho nacionalista, recolocaria em outros termos a relação doença-pobreza, afirmando que o desenvolvimento econômico é que traria consigo, necessariamente, um melhor nível de saúde da população.

em nenhuma outra profissão encontra a mulher mais sólido preparo nos conhecimentos sobre alimentação, sobre higiene e sobre os cuidados com os filhos” (Brasil, 1922, p. 7).

O objetivo era “preparar moças brasileiras que queiram ocupar posições de responsabilidade no Departamento, nos hospitaes do Brasil e nos domicílios onde houver doentes” (Brasil, 1922, p. 7). As qualificações exigidas compreendem uma boa base educativa da candidata, isto é, deveria ser diplomada em Escola Normal, distinguindo-a de outras escolas de enfermagem existentes na época, que só exigiam saber ler e escrever (Escola Profissional de Enfermeiros, futura Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto, vinculada ao Hospício Nacional de Alienados; Escola de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, vinculada ao Ministério da Guerra), ter saúde perfeita, personalidade moral “que [a] faça digna de confiança, criteriosa, compassiva, resoluta e corajosa” (Brasil, 1922, p. 7), apresentar referências de boa conduta, sendo também levada em conta a experiência da candidata na direção da casa, de serviço educativo ou comercial. A duração do curso era de dois anos e quatro meses, sendo que os quatro primeiros meses eram de experiência para verificar a vocação da aluna para o exercício da enfermagem. Os últimos meses do curso destinavam-se à formação na especialidade de enfermagem que a aluna escolhesse: saúde pública, hospital ou prática privada (decreto n. 16.300, de 31/12/1923).

Conforme a orientação nightingaliana, esse modelo de formação se estrutura com base nos seguintes princípios: uma escola própria para a formação, dirigida por enfermeira, anexa aos hospitais e com internato para que as alunas pudessem viver a escola como espaço de convivência e de formação ético-moral, conduta ascética e caridosa; seleção rigorosa das alunas, todas do sexo feminino e dotadas de valores morais, físicos, intelectuais e aptidão profissional; ensino metódico com fundamentação em anatomia, fisiologia, biologia, química etc.; instituição de formas organizativas de ex-alunas para normatizar o exercício profissional, preservar os princípios básicos da profissão e divulgar os conhecimentos produzidos; e fundamentação do cuidado dos enfermos e necessitados, da administração do espaço hospitalar e do ensino em enfermagem (Pires, 1989).

A ênfase institucional era o trabalho de saúde pública, mas o objetivo era educar enfermeiras diplomadas, tanto para os serviços sanitários como para os trabalhos gerais e especializados dos hospitais, conferindo assim uma base polivalente de formação. A proposta curricular abrigava um forte componente médico-curativo, e as alunas eram obrigadas a prestar oito horas de serviços diários no Hospital São Francisco de Assis, também conhecido

como Hospital Geral de Assistência. Para Silva (1986), este é um dos paradoxos do modelo, pois se o problema central era a resolução dos problemas de saúde pública, o tempo de estágio hospitalar era demasiado longo, aliado ao fato de o ambiente de prática criado pelas enfermeiras norte-americanas ser fictício, isto é, bastante diverso do existente nos hospitais brasileiros, o que certamente dificultava a adequação das futuras enfermeiras a essa área de exercício profissional.²⁰

No entanto, a ação pedagógica da Fundação Rockefeller, ao demonstrar o trabalho indispensável que as enfermeiras prestavam nos hospitais americanos, convenceu os ‘Jovens Turcos’ a assumirem a formação sob essas bases como medida de transição e como propaganda da ideia do moderno trabalho hospitalar. Essa formação profissional de base polivalente não era contraditória com o modelo médico-sanitário. Ao contrário, a prática hospitalar, na opinião de Ethel Parsons, então superintendente-geral do Serviço de Enfermeiras do DNSP, tornava mais eficaz o processo de educação sanitária no âmbito do trabalho de saúde pública, pois a enfermeira tinha

a enorme vantagem de ilustrar suas palestras sobre higiene e meios de evitar as doenças com a presença do doente – a fonte de contágio. Por meio de conselhos e prescrições, ela fornece à família os benefícios da experiência adquirida no hospital, ensinando-lhe princípios elementares da arte de enfermeira, noções que muito concorrerão para o conforto do doente e proteção da família e da sociedade contra a doença. (Parsons, 1923, p. 141)

Para os higienistas, enquanto no interior da escola a professora é responsável pela veiculação de bons hábitos higiênicos na infância, no Centro de Saúde a enfermeira de higiene educa os adultos e sua família. Portanto, a exigência de instrução secundária (escola normal) e a base polivalente se articulam para a formação de um tipo de trabalhador que na saúde pública executa as ações de administração do serviço de enfermagem, vigilância epidemiológica, educação sanitária e treinamento de visitadoras sanitárias; e no hospital se encarrega, prioritariamente, das atividades de administração do serviço de enfermagem e das de comando, supervisão e treinamento dos trabalhadores manuais, que estão mais diretamente ligados às atividades de cuidados.

Ressalte-se que a preferência pelas candidatas egressas do curso normal é um elemento indicativo da divisão do trabalho que então começa a se operar na área de

²⁰ Silva (1986) cita outros paradoxos no surgimento da enfermagem moderna no Brasil, tais como a atenção aos problemas de saúde pública de um país recém-saído da escravidão e de industrialização incipiente em relação a um modelo de escolarização de país rico e industrializado, e o fato de que o escopo da fundação das primeiras escolas de enfermagem nos Estados Unidos foi o atendimento, a baixo custo, da demanda de mão-de-obra dos hospitais privados, enquanto aqui a finalidade era responder a interesses governamentais.

enfermagem, uma vez que, diferentemente de outros cursos profissionais, o curso normal sempre foi considerado ‘nobre’ por se tratar de curso técnico não vinculado ao exercício de atividades manuais (Romanelli, 2002). Os estudos da área indicam que as pioneiras da enfermagem moderna no Brasil foram recrutadas nas camadas privilegiadas da sociedade, de famílias tradicionais e da pequena burguesia, com escolaridade alta para a época, pois iriam exercer, depois de diplomadas, as funções mais intelectualizadas de supervisão, ensino e administração. Na sua maioria, vão trabalhar no DNSP, outras conseguem bolsas de estudos da Fundação Rockefeller para se aperfeiçoarem nos Estados Unidos e no Canadá (Silva, 1986; Dornelles, 1995).

Portanto, esses dados mostram, em primeiro lugar, a determinação de classe com a introdução da enfermagem moderna no país. As pioneiras foram educadas dentro da tradição livresca, acadêmica e aristocrática que sobreviveu à expulsão dos jesuítas do Brasil no século XIX, atravessou o Império e atingiu o período republicano, sem ter sofrido em suas bases qualquer modificação estrutural. Trata-se de uma educação de caráter propedêutico com forte conteúdo humanístico, assumida principalmente pelo ensino secundário, próprio das classes dominantes, mas reivindicada progressivamente durante a Primeira República pelos estratos médios, que viam na educação uma forma de afirmar-se como classe e assegurar o *status* de elite a que aspiravam. Assim, não podiam ver na educação para o trabalho manual, sempre associada à cultura escravocrata, um objetivo almejável.

Em segundo lugar, os dados indicam o papel ‘civilizatório’ que as enfermeiras norte-americanas cumpriram na formação das lideranças nativas, por meio da Escola Anna Nery e dos cursos de aperfeiçoamento nos Estados Unidos. Com isso, as enfermeiras buscam não só fortalecer o estabelecimento de uma carreira profissional como a formação de uma moral homogênea entre as enfermeiras diplomadas, tanto em relação ao perfil ideal de profissional – eficientes e dedicados em tempo integral ao trabalho – como às concepções de mundo e de relações sociais de mando e dominação. Essas duas questões, as origens de classe e a direção intelectual e moral na enfermagem, estão na base dos embates, conflitos e preconceitos que se estabelecem, principalmente a partir de 1930, na relação das enfermeiras diplomadas com os práticos de enfermagem e vice-versa.

2.2 As misericórdias e os práticos de enfermagem no Brasil

O trabalho hospitalar constituiu-se ao longo do tempo como principal *locus* de trabalho dos trabalhadores técnicos de enfermagem. É a partir da assistência médico-hospitalar organizada pelas Santas Casas de Misericórdia desde a época colonial, e depois pela medicina previdenciária nos anos pós-1930, que se configura o mercado de trabalho para esse contingente de trabalhadores. Quando a enfermagem moderna se institucionaliza no país, na década de 1920, o trabalho hospitalar é um monopólio quase exclusivo das Santas Casas de Misericórdia e de outros hospitais filantrópicos, que não tinham serviço de enfermagem na sua estrutura organizacional. Eles eram responsáveis pela assistência médico-hospitalar para a maioria da população, prestada fundamentalmente por irmãs de caridade e outros práticos de enfermagem, geralmente mão-de-obra não paga. Portanto, uma realidade bem distinta da encontrada pelas enfermeiras americanas no seu país de origem.²¹

A Irmandade da Misericórdia nasce em Lisboa, em 1498, sob a égide da Coroa Portuguesa norteadas pelo ideário de atendimento espiritual, religioso, moral e corporal do conjunto da população, e um século depois conta com mais de uma centena de Misericórdias espalhadas por Portugal e nos cinquenta territórios ultramarinos conquistados pelo império. Essa expansão para ‘lugares de além-mar’, fundamental como garantia de assistência à saúde, particularmente aos militares, também era um instrumento que sob os ideais religiosos legitimou a colonização e reforçou com sua atuação a eficácia do poder político da Coroa. Entretanto, apesar de apelar aos valores essenciais do cristianismo, em que a assistência é uma das mais importantes manifestações da espiritualidade, as Misericórdias não se subordinam ao controle da Igreja, tornando-se um sistema assistencial próprio, centralizando vários serviços em instituições que, embora funcionassem de forma autônoma, se regiam pelos mesmos estatutos ou compromisso, com a única obrigação de prestar contas à monarquia portuguesa. Elas se organizam como associações de leigos selecionados entre os homens ‘bons, virtuosos

²¹ Os Estados Unidos saem vitoriosos do primeiro conflito mundial (1914-1918) e despontam no cenário internacional como potência mundial e o país mais rico do mundo, em decorrência do grande desenvolvimento das suas forças produtivas – capital, força de trabalho, tecnologia e divisão social do trabalho. Isso estava determinando já nas duas primeiras décadas do século XX a modernização dos hospitais vinculados à iniciativa privada, configurando um tipo de trabalho eminentemente coletivo, pois reunia sob o mesmo teto um grande número de trabalhadores e tecnologias, levando ao crescente assalariamento da força de trabalho, à diferenciação/especialização e divisão técnica da mão-de-obra empregada. No Brasil, o chamado hospital moderno só começa a se tornar realidade a partir da década de 1950, no contexto de emergência do capitalismo monopolista no país.

e de boa fama’, isto é, reunindo em seu interior as elites abastadas e setores hegemônicos das cidades, responsáveis por conduzir as obras de misericórdia: tratar os enfermos, patrocinar os presos, socorrer os necessitados e amparar os órfãos (Abreu, 2001; Khoury, 2004).

No Brasil, a primeira Santa Casa de Misericórdia foi construída em 1539 em Olinda, seguida da cidade de Santos (1543), Vitória (1545), Salvador (1549), São Paulo (1560), Ilhéus (1564), Rio de Janeiro (1582) e João Pessoa (1585) (Khoury, 2004). No século XVII foram criadas duas; durante o século XVIII, seis; no século XIX ocorreu uma expansão importante com a construção de 92, e no século XX se verificou um *boom* de criação de Santas Casas, no total de 341 unidades. Constituídas de maneira articulada à criação das primeiras cidades coloniais, elas seguiram o ritmo da exploração econômica do território brasileiro e serviram como suportes da administração da Coroa. Muitas foram criadas em momentos críticos, quando epidemias de varíola, febre amarela, cólera e a gripe espanhola assolaram áreas economicamente importantes. Outras surgiram por iniciativa de algum sacerdote, médico, farmacêutico ou prático local, preocupados com a situação precária ou de abandono da população local em termos de assistência em geral ou da falta de atendimento específico à saúde.

Embora sejam mais conhecidas, na atualidade, por suas atividades hospitalares,²² seus objetivos e práticas foram mais amplos, como o atendimento aos órfãos e/ou crianças abandonadas na antiga engrenagem denominada roda dos enjeitados ou dos expostos,²³ às jovens carentes que não possuíam moradia nem trabalho, às viúvas e mulheres desamparadas, aos velhos, presos, loucos e mendigos, aos mortos indigentes sem possibilidade de enterramento, e à assistência espiritual, que “vão se impondo como demandas de serviços da administração pública” (Khoury, 2004, p. 27). Na medida em que esses serviços se

²² Os primeiros cursos de medicina no Brasil foram organizados no interior das Misericórdias, como a Academia Médico-Cirúrgica da Bahia, em 1816, e a Academia Nacional de Medicina no Rio de Janeiro, em 1829, tornando-se assim um campo privilegiado para a formação e a prática médicas. Até a década de 1970, as Misericórdias foram o principal suporte para o ensino médico na maioria dos estados brasileiros, já que as faculdades de medicina – públicas e privadas – ainda não contavam com hospitais de ensino próprios, exceto as universidades públicas de São Paulo, Bahia e Paraná. No Rio de Janeiro, a construção do Hospital Universitário da atual Universidade Federal do Rio de Janeiro inicia-se em 1950, mas por uma série de interrupções, motivadas pela ausência de recursos, ele é inaugurado somente em 1978. Até esse momento, o hospital de ensino da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro é principalmente a Santa Casa de Misericórdia, localizada na Rua Santa Luzia, Centro, município do Rio de Janeiro.

²³ A roda se refere a um artefato de madeira fixado ao muro ou janela do hospital, no qual era depositada a criança, sendo que ao girar o artefato a criança era conduzida para dentro das dependências do hospital, sem que a identidade de quem ali a colocasse fosse revelada. A roda dos expostos teve origem na Itália durante a Idade Média, em razão das preocupações de uma irmandade de caridade com o grande número de bebês encontrados mortos. No Brasil, as primeiras iniciativas de atendimento à criança abandonada se deram, seguindo as tradições portuguesas, instalando-se a roda dos expostos nas Santas Casas de Misericórdia, em princípio três: Salvador (1726), Rio de Janeiro (1738) e Recife (1789); e depois em São Paulo (1825), já no início do Império. Rodas menores foram surgindo em outras cidades após esse período.

desenvolvem, as tarefas que competiam a essas irmandades vão sendo assumidas pelo poder público, como os orfanatos, educandários, asilos, lazaretos e hospitais gerais ou especializados.

O levantamento de Khoury (2004) revela também que a grande maioria dessas instituições contou com a participação de religiosas na sua administração interna, dedicando-se à educação das meninas, aos cuidados dos órfãos nos educandários e dos doentes nas enfermarias e/ou ocupando-se da cozinha, da costura e da lavanderia, bem como se dedicando às atividades de ensino e direção do pessoal de serviço, especialmente a manutenção da ordem e da disciplina.²⁴ Pires (1989), analisando o processo de trabalho nessas instituições, identifica dois tipos de relações de trabalho:

Em primeiro lugar, os cuidados prestados aos doentes pelos religiosos e físicos nas instituições de assistência social, que não tinham características profissionais, constituíam trabalho caritativo, tanto para os religiosos quanto para os homens de bem e profissionais de saúde que prestavam cuidados eventuais, pois esta atividade, na maioria das vezes, não era remunerada como serviço prestado. Representavam fonte de benefícios no plano da manutenção dos seus privilégios sociais e, no plano ideológico, garantiam a manutenção da organização social da época. Em segundo lugar, o trabalho desenvolvido por “escravos treinados, por asilados na instituição ou fiéis treinados em troca de sua manutenção básica, como teto e alimentação”, apresenta-se claramente como do tipo escravo, pois eram “atividades não remuneradas”, encobertas sob o manto da caridade, e permitiram a construção e manutenção de grandes propriedades pela irmandade e pelas ordens religiosas (Pires, 1989, p. 38, destaques nossos).

De fato, vários autores apontam para o que podemos denominar de ‘modelo das misericórdias’ de formação técnico-profissional em saúde,²⁵ que se firmou como modalidade de ensino para outros hospitais. Baseado num aprendizado que se dava pelo acompanhamento do trabalho médico, das irmãs de caridade e de outros práticos de enfermagem mais experientes, associados (ou não) com treinamentos em serviço, caracterizava-se por um tipo de formação em que o saber não era separado do fazer e sim dirigido fundamentalmente para a qualificação do trabalho manual. Esse modelo buscava a eficiência produtiva do trabalhador com base no escambo da força de trabalho – uma forma de troca tributária da nossa tradição

²⁴ Várias congregações religiosas foram convidadas ou contratadas pelas irmandades para a gerência e manutenção dos diversos serviços de assistência social e de assistência à saúde. Entre elas encontram-se as Irmãs Vicentinas, instaladas em São João Del Rey (MG), em 1783; a Congregação Nossa Senhora Mãe dos Homens, que chegou ao Brasil em 1792 para trabalhar em Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro; as Irmãs de São Vicente de Paulo, que chegaram em 1851 para organizar os serviços da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro; a Irmandade de Santa Tereza, que serviu em Serro, Minas Gerais, a partir de 1858; as Irmãs Salesianas, vindas para Lorena, São Paulo, em 1867; as Irmãs de Caridade da Congregação de São José de Chambery, que chegaram ao Brasil em 1872, para trabalharem na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

²⁵ Formação técnico-profissional é entendida aqui como atividade de treinamento em serviço, isto é, com o desenvolvimento de habilidades específicas voltadas para sua aplicação direta na produção dos serviços, conforme Neves e Pronko (2008).

colonial escravista –, na experiência de trabalho, nas qualidades das mulheres que não são reconhecidas como qualificação e na força física dos homens.

A ruptura dessa tradição começa a ocorrer com a política trabalhista adotada nos anos 1930, em razão do progressivo assalariamento da força de trabalho, da organização e formação das enfermeiras religiosas e das transformações operadas no ‘modelo das misericórdias’. Essas transformações estão vinculadas ao advento da medicina tecnológica a partir da década de 1950, associado ao avanço da organização ‘científica’ do trabalho hospitalar que iria paulatinamente demandando do trabalho simples realizado por esses trabalhadores elementos teóricos gerais e básicos para a sua execução (Lima, Neves e Pronko, 2006).

Determinado pelo aumento progressivo da demanda de cuidados de enfermagem e pelo pequeno número de irmãs de caridade, as ordens religiosas precisaram obter a cooperação dos excluídos na roda, homens e mulheres que, criados e educados pelas Santas Casas, permaneceram a ela ligados, passando a trabalhar como funcionários. Podiam ser também jovens carentes que não possuíam moradia nem trabalho, mulheres desamparadas e sem emprego, ou mesmo ex-pacientes do hospital, que na ocasião da alta não tinham para onde ir. Dentre esse conjunto, alguns iam trabalhar nos serviços de limpeza, na lavanderia, na cozinha hospitalar, na seção de costuras para a produção de peças de roupas para o hospital etc. Outros se dedicavam aos serviços administrativos como atendimento ao público, admissão de pacientes, organização de prontuários, arquivo, marcação de consultas, catalogação e entrega de resultados de exames etc. Por último, havia aqueles mais vinculados ao trabalho de assistência. Esses últimos geralmente eram iniciados nas rotinas do hospital realizando tarefas como trocar lençóis e desinfetar camas, servir refeições aos internados, dar banho e conduzir os pacientes para os exames, desentupir agulhas de injeção e fazer tricotomia, por exemplo. Dependendo do desenvolvimento das atividades, do interesse e dedicação, da capacidade de observação e da habilidade que demonstravam na execução das tarefas, eram iniciados em atividades mais complexas como a verificação de pressão, respiração e temperatura dos pacientes, aplicação de injeções e soros, medicamentos e curativos. Também podiam fazer cama de operado, aspirar secreções de crianças e adultos, atuar como circulante de sala de cirurgia, no preparo de bandejas e esterilização de material cirúrgico e na própria instrumentação cirúrgica, com a instalação de equipamentos e colocação de aparelho gessado, por exemplo.

Não se exigia diploma ou certificado de formação profissional, mesmo após a aprovação da lei n. 775, de 6/8/1949, que regulou o ensino na área de enfermagem e oficializou pela primeira vez a formação de auxiliares de enfermagem, como veremos adiante. Mas as informações sugerem que aqueles envolvidos na prática de cuidados hospitalares dominavam o código letrado ou detinham o antigo ensino primário, atuais cinco primeiras séries do ensino fundamental. Isso porque uma das missões das misericórdias era ‘ensinar aos simples’, o que motivou a abertura de instituições como os educandários. Na verdade, segundo Romanelli (2002), a não ser a obra esporádica das ordens religiosas, o ensino primário nunca recebeu atenção do governo central, estando os sistemas de ensino ligados à administração dos estados e, portanto, sujeitos às condições destes para legislar e inovar. Até a reforma do ensino primário realizada após o Estado Novo, em 1946, não havia diretrizes para esse nível de ensino pelo governo federal, o que era uma tradição ligada à nossa herança colonial.

Por sua vez, diferentemente dos cuidados domiciliares, os cuidados hospitalares eram prescritos pelo médico exigindo a capacidade de leitura e de um mínimo de registro do fazer e da evolução do paciente, o que pressupunha o domínio das ‘primeiras letras’, tornando o saber ler e escrever um critério básico para a prática que qualifica o trabalhador para o exercício dos cuidados hospitalares. Essa prática era operacionalizada pelo processo de iniciação ou pela demonstração de suas qualidades aferidas na execução de um procedimento prático como, por exemplo, a verificação de sinais vitais e/ou a aplicação de injeção intramuscular ou endovenosa. Eventualmente, exigia-se a apresentação de carta de recomendação atestando experiência anterior e bom comportamento, o que seria confirmado (ou não) no período de experiência geralmente de três meses, durante o qual seriam observadas outras qualidades como responsabilidade no cumprimento de horário e das tarefas, obediência aos superiores, paciência, destreza, rapidez e carinho na execução dos cuidados. Como são qualidades consideradas ‘naturais’ do sexo feminino, tal aspecto tem repercussões importantes para a prática profissional e sua remuneração.

Considerando que a imagem ideal da enfermeira, religiosa ou laica, é profundamente impregnada pela noção de vocação, de origem religiosa, sempre disponível, onipresente e abdicada, essas qualidades são identificadas com o trabalho das mulheres, mas não reconhecidas como qualificação, pois são consideradas supostamente inatas e não adquiridas socialmente, como fatos da natureza e não da cultura. É como se existisse uma ‘natureza’

feminina, produto de um destino biológico, e não uma construção social que tem uma base material – a divisão sexual do trabalho – e uma base ideológica, resultante de relações sociais que historicamente remeteram o homem para o espaço público e as mulheres para o espaço privado.

A naturalização dessas qualidades tem repercussões importantes na prática profissional, pois ao serem vistas como simples extensão dos cuidados domésticos dispensados às crianças e familiares, essas qualificações sociais podem ser negadas e não remuneradas, como o foi nas Santas Casas, ou mal remuneradas pelos empregadores como qualificação, já que são incorporadas apenas como qualidades ‘inatas’ das mulheres (Kergoat, 1989). Segundo Lopes (1996), na enfermagem brasileira existe uma seletividade deliberada com base no sexo, produto de um modelo feminino de profissão que nasce com a sua profissionalização e que impregna o imaginário social expresso no acesso ao ensino, nos livros didáticos e nos processos de recrutamento das empresas. Mas a autora destaca que no discurso interno da enfermagem não há depreciação das práticas masculinas nas atividades de cuidado; o que se verifica é que é na força física dos homens que repousa a lógica social das práticas masculinas no cuidado.

2.3 Enfermeiros e práticos, ou sobre a polarização ensino *versus* prática

Quando a enfermagem começa a se organizar como profissão no Brasil, a partir da abertura da Escola de Enfermeiras do DNSP, em 1923, o mercado de trabalho na área hospitalar estava ocupado majoritariamente pelos práticos de enfermagem, homens e mulheres. Entre as primeiras iniciativas de caráter corporativo que as enfermeiras norte-americanas tomaram antes do seu regresso aos Estados Unidos, em 1930, estavam a criação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn),²⁶ em 1926, pelas formadas da primeira turma dessa escola, e a elaboração do decreto n. 20.109, aprovado em 15/6/1931, que regulava o exercício da enfermagem no Brasil e fixava as condições para a equiparação das escolas de

²⁶ Em 1926, esta associação é criada com o nome de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras. Em 1944, passa a denominar-se Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas e, em 1954, torna-se Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Aqui utilizaremos a última denominação, que a identifica atualmente. Segundo Germano (1984), em 1929 a ABEn torna-se membro do Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN), em 1955 integra-se ao Comitê Internacional Católico de Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais (Ciceams) e, em 1970, à Federação Pan-Americana de Enfermeiras.

enfermagem então existentes ao modelo de formação da Escola de Enfermagem Anna Nery. Segundo Dornelles (1995, p. 119), a cláusula 14ª do contrato firmado entre o DNSP e a Fundação Rockefeller, em 1926, obrigava o Departamento “a empregar toda a sua influência para conseguir a criação de uma lei federal estabelecendo determinadas exigências para a profissão de enfermeira”, tal qual já existiam para os médicos, farmacêuticos, dentistas e parteiras, e essas exigências seriam definidas pela Superintendência de Enfermagem.

A ABEn foi criada especificamente para atender aos interesses das enfermeiras diplomadas e sempre exerceu – e ainda exerce – um papel importante de aprimoramento técnico-científico de seus profissionais. Em 1932, lançou a *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)* com o nome de *Anais de Enfermagem*, cujo propósito não se restringia a ser um meio de comunicação entre os profissionais, mas também “servir de depositária das concepções que vão plasmando, moldando e dando existência à enfermagem nacional” (Editorial da *REBEn*, n. 5, ano XV, out. 1962, *apud* Germano, 1984, p. 61).

Ao longo do tempo – e principalmente nesse primeiro período – a ABEn atuou também como associação de caráter sindical, defendendo os interesses trabalhistas e econômicos da profissão, e de caráter normativo, visando à regulamentação do mercado de trabalho da área, bem como pressionando pela fiscalização do exercício profissional. Ou seja, apesar de não ter competência legal, atuou nos três pilares sobre os quais repousam a organização das profissões regulamentadas, cada qual com função diversa: associação, sindicato e fiscalização do exercício profissional, até a criação dos primeiros sindicatos dos enfermeiros na segunda metade da década de 1970 e do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), em 1973.

Em relação ao exercício profissional, a aprovação do decreto n. 20.109/1931 revela a “feição paramilitar [e] o papel civilizador dos Estados Unidos” (Barreira, 1999, p. 129) que as enfermeiras norte-americanas tentavam impor na organização da enfermagem brasileira. Mas também a relação existente entre a defesa dos interesses de uma profissão liberal ainda incipiente e o Estado autoritário que emerge com a Revolução de 1930, apoiada pelo movimento tenentista, a nascente burguesia industrial, os setores mais politizados do proletariado e alguns grupos da classe média.

O estudo de Barreira (1999) indica a progressiva adesão do Serviço de Enfermeiras do DNSP, bem como da Escola de Enfermagem Anna Nery, à nova ordem política que se instaura com o Governo Vargas. Num primeiro momento, por exemplo, organizando hospitais

de sangue e cursos de enfermagem de campanha em Belo Horizonte (MG), um dos focos da rebelião armada, que culminou com a deposição do presidente paulista Washington Luís em 24 de outubro de 1930; posteriormente, atuando como representantes do Departamento Nacional de Saúde (DNS), que substituiria o DNSP com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), em 1930, nos estados governados por interventores federais, organizando centros de saúde e treinamentos de visitadoras sanitárias. Em nome do patriotismo e do dever profissional, as enfermeiras diplomadas reproduziam o discurso oficial marcadamente nacionalista e cada vez mais colaboravam com as autoridades governamentais.

Dornelles (1995), em seu estudo, também aponta nessa direção, pois a primeira presidente da ABEn foi Edith de Magalhães Fraenkel, primeira enfermeira brasileira a obter diploma nos Estados Unidos, tendo sido assessora de Ethel Parsons na Superintendência de Enfermagem de 1928 a 1930. Com o retorno das enfermeiras norte-americanas, assumiu a Superintendência de 1930 a 1940, acumulando no período de 1930 a 1938 os cargos de superintendente de Enfermagem do DNSP e presidente da ABEn, o que caracterizou a proximidade existente entre essa associação e o aparelho de Estado e possibilitou que as reivindicações dessa associação fossem atendidas mais facilmente pelo governo. Por sua vez, o estudo de Barreira (1999) indica também uma aproximação importante entre as enfermeiras laicas, vinculadas à Escola de Enfermagem Anna Nery, e as enfermeiras religiosas, vinculadas à Igreja Católica, principalmente a partir da crise aberta com a aprovação do decreto n. 20.109/1931, que contrariou os interesses não só das irmãs de caridade como dos militares e do conjunto dos práticos de enfermagem.

A função imediata do decreto foi instalar no centro dos valores sociais a ideia de que o sujeito qualificado é aquele que detém a posse de conhecimentos científicos adquiridos na escola, mas não qualquer sujeito, e sim aquele diplomado em escolas oficiais ou equiparadas à Escola de Enfermagem Anna Nery, que exigia, entre outros critérios, o diploma da Escola Normal ou escolaridade equivalente ao atual ensino médio. Segundo Ramos (2001), a profissionalização consiste precisamente no processo pelo qual as ocupações adquirem o *status* de profissão, e o traço mais importante das profissões é a capacidade de autorregulação coletiva e certa capacidade de regular o mercado de trabalho, sobretudo do lado da oferta, oferecendo algum tipo de proteção aos seus membros. Nesse ponto de vista, “um dos mecanismos explícitos de delimitação do acesso ao mercado de prestação de serviços profissionais é o credenciamento educacional, isto é, a posse do certificado ou diploma”

(Ramos, 2001, p. 51). Assim, com a aprovação do decreto, o que se verifica é o progressivo privilegiamento do tempo de formação escolar em detrimento do tempo de formação prática desenvolvida no próprio serviço. Na verdade, apesar de pretender regular “o exercício da enfermagem no Brasil e [fixar] as condições para a equiparação das escolas de enfermagem”, o decreto trata apenas do exercício profissional no artigo 1º; os demais artigos são relacionados ao ensino de enfermagem.

De fato, o ponto da discórdia com as religiosas, os militares e o conjunto dos práticos foi principalmente a determinação de que “só poderão usar o título de enfermeiro diplomado ou enfermeira diplomada ou as iniciais correspondentes a estas palavras: a) os profissionais diplomados por escolas oficiais ou equiparadas na forma da presente lei [...]” (decreto n. 20.109/1931, art. 1º), após o registro do diploma no DNSP. O decreto tornava a Escola de Enfermagem Anna Nery a “Escola oficial padrão” (art. 2º), isto é, todas as escolas criadas ou existentes que quisessem postular o reconhecimento do diploma deveriam se equiparar a ela em termos de organização (art. 7º) no que diz respeito: à direção, que deveria ser confiada a uma enfermeira diplomada; às condições de admissão dos alunos (mulheres de boa origem social e com diploma do curso normal); à duração do curso (inicialmente de dois anos e quatro meses, depois estendido para dois anos e oito meses, em 1926); e à organização do programa do curso. Também deveriam dispor de hospital para a instrução prática de enfermagem, incluindo serviços de cirurgia, clínica, obstetrícia e doenças contagiosas, com o mínimo de cem leitos. Tanto o ensino teórico na área como a prática de enfermagem eram de competência exclusiva das enfermeiras diplomadas, vedando-se assim aos médicos seja a direção das escolas, seja o ensino de enfermagem.²⁷ Em outros termos, com o decreto, qualquer um que usasse “as iniciais correspondentes a estas palavras”, como os práticos de enfermagem, também chamados enfermeiros práticos, eram considerados exercentes ilegais da profissão. Qualquer outro diploma não teria valor de troca no mercado de trabalho se o padrão da escola não seguisse o modelo nightingaleano. Assim, ao tentar monopolizar o título em detrimento do conjunto de exercentes da prática de enfermagem e impor o seu modelo de ensino, acabou provocando reações de setores importantes.

²⁷ Nas escolas de enfermagem existentes desde antes da Escola Anna Nery, tais como a Escola Profissional de Enfermeiros, criada em 1890 no Hospital Nacional de Alienados – denominada Escola de Enfermeiros Alfredo Pinto, em 1942 –, e a Escola da Cruz Vermelha Brasileira, criada em 1916, subordinada ao Ministério da Guerra, para atender às emergências da Primeira Guerra Mundial, o ensino teórico e prático estava sob as ordens e responsabilidade dos médicos.

Os militares foram os primeiros a reagir, com a aprovação do decreto n. 21.141, de 10/3/1932, que “aprova o regulamento para organização do quadro de enfermeiros do Exército”. Logo no art. 1º, parágrafo único, o decreto diz expressamente que o título de enfermeiros do Exército pertence a eles exclusivamente e, mais adiante nas disposições gerais, que o diploma dos enfermeiros militares emitido pela Escola de Saúde do Exército, bem como das enfermeiras diplomadas pelas Escolas de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, “serão reconhecidos idôneos em qualquer outro departamento governamental, não ficando as respectivas escolas sujeitas à equiparação e fiscalização previstas no decreto n. 20.109, de 15 de junho de 1931” (art. 33). A fiscalização dessas escolas seria de competência da Diretoria de Saúde da Guerra e não do Departamento Nacional de Saúde Pública, assim como os diplomas emitidos por ambas as escolas seriam registrados naquela diretoria e facultaria o exercício da profissão em qualquer parte do território nacional, inclusive no meio civil. A duração do curso de enfermeiros da Escola de Saúde do Exército foi fixada em oito meses (art. 51), e a comissão examinadora do concurso de admissão não previa a participação de enfermeiras diplomadas, mas de médicos militares (art. 20). Além disso, apesar de obrigar a fazer o curso todos os enfermeiros em atividade, inclusive as “irmãs religiosas” dedicadas ao serviço de enfermagem, mas sem diploma de enfermeira – para as quais seria aberto um curso especial (art. 42) –, a inscrição no curso oferecia a possibilidade de o candidato apresentar “documento que demonstre idoneidade de técnica incontestável” (art. 10). Isto é, o candidato não precisava ser portador de certidão ou diploma de enfermeiro emitido por escola oficial, ou escola particular de notório valor, nem de “curso secundário oficial” (art. 14), para se inscrever no curso, o que na prática permitia que todos fossem reconhecidos como enfermeiros após a sua conclusão. Na verdade, a proposta configurou um curso para práticos de enfermagem, com conteúdos de anatomia e fisiologia humana, de patologia associada com as práticas médica e cirúrgica, de higiene e prática hospitalar e organização do serviço de saúde em tempo de paz e tempo de guerra.

No mesmo ano, veio a reação da Igreja Católica com o decreto n. 22.257, de 26/12/1932, que “confere às irmãs de caridade, com prática de enfermeiras ou de farmácia, direitos iguais às enfermeiras de saúde pública ou práticos de farmácia”. Esse decreto só tem um único artigo e não propõe a realização de nenhum curso. Ao contrário dos militares, os quais exigem das irmãs de caridade que prestam serviços em seus hospitais a inscrição em “curso especial”, dispõe apenas sobre o reconhecimento do título de enfermeiras desde que

apresentem “atestados firmados por diretores de hospitais e por autoridades sanitárias, comprovando que até a presente data contam mais de ‘seis anos de prática’ efetiva de enfermeiras [...]” (destaques nossos), para efeito de continuarem exercendo essas funções nos hospitais entregues às congregações religiosas. Portanto, diferentemente do decreto dos militares, o decreto das ordens religiosas reconhece o tempo de formação prática como único critério para a titulação de enfermeiras, indicando que essa prerrogativa já havia sido adquirida pelos práticos de farmácia.

Tal prerrogativa seria estendida ao conjunto dos práticos de enfermagem com a aprovação do decreto n. 23.774, de 22/1/1934, que “torna extensivas aos enfermeiros práticos as regalias concedidas aos farmacêuticos e dentistas práticos quanto ao exercício de suas respectivas funções”. Esse decreto também não é extenso; consta apenas de cinco artigos e logo no art. 1º define que os “enfermeiros que apresentarem atestados firmados por diretores de hospitais provando ter mais de ‘cinco anos de prática’ efetiva de enfermagem, até a data da publicação do presente decreto, serão inscritos como ‘enfermeiros práticos’ no Departamento Nacional de Saúde Pública (...)” (destaques nossos). Entretanto, aqui já não basta o tempo de formação prática para sua inscrição no DNSP; exige-se para isso que também sejam “submetidos à prova de habilitação, perante uma Comissão nomeada pelo diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública ou pelos diretores dos Serviços Sanitários Estaduais” (art. 2º). Teoricamente, só com a aprovação nessa prova é que a inscrição seria garantida e, conseqüentemente, eles poderiam continuar exercendo a profissão nos serviços em que vinham trabalhando. Entretanto, a regulamentação desse exame de habilitação só ocorreria 12 anos mais tarde com o decreto-lei n. 8.778, de 22/1/1946, que compõe no Distrito Federal uma comissão formada exclusivamente por enfermeiras diplomadas da Escola Anna Nery. Porém, a realização do exame permaneceu letra morta, mesmo após 1946, como veremos adiante, prevalecendo o tempo de formação prática como critério determinante, exigindo-se a partir desse momento somente “dois anos de experiência”.

Qual a razão dessa evolução contraditória da legislação que atende aos interesses das enfermeiras diplomadas, no sentido de assegurar o controle do mercado de trabalho e a exclusividade do título profissional, e imediatamente após assegura também aos práticos de enfermagem tanto o exercício profissional como o título? Nós só podemos compreender essa contradição pelo entendimento do contexto político, econômico e social que se instalou no país após a Revolução de 1930.

O que se convencionou chamar de Revolução de 1930 foi o ponto alto de uma série de manifestações e movimentos armados que desde os anos 1920 se empenharam em promover vários rompimentos políticos e econômicos com a velha ordem social oligárquica, como já dito. Antes de 1930, o sistema político e econômico se defrontava com problemas estruturais e conjunturais típicos de uma economia dependente, baseada fundamentalmente na exportação de produtos primários, principalmente o café, que chegou a perfazer na época mais de 80% do valor global das exportações brasileiras, o que dá uma ideia da importância da cafeicultura na criação da capacidade de importação. Sendo o principal setor da economia do país, qualquer crise, mesmo que não fosse grave, evidenciava a vulnerabilidade do setor exportador e conseqüentemente de outros segmentos da economia brasileira. Do ponto de vista da política econômica externa, de tipo liberal, Ianni (1991) diz que isso significava a maciça e sistemática exportação do excedente econômico nacional, tanto pela comercialização do café, controlada pelos países capitalistas dominantes, como por meio da importação de manufaturados e artigos de consumo da classe dominante.

Concomitantemente, formavam-se novos grupos sociais com interesses distintos da burguesia nacional e internacional vinculada à cafeicultura, em consequência da incipiente industrialização das décadas anteriores, do crescimento do setor terciário, do progresso da divisão social do trabalho e da progressiva urbanização, que tem na deterioração das formas de produção no campo e no próprio avanço da industrialização suas causas principais. Surgem os primeiros núcleos proletários; a incipiente burguesia industrial e a classe média se expandem.

Nesse ambiente urbano mais complexo e parcialmente independente da cultura agrária, aliada com a identificação de que a resolução dos dilemas da sociedade como um todo passava por soluções de tipo nacionalista, surgem as precondições para as rupturas políticas e econômicas que assinalam a Revolução de 1930. Entretanto, a depressão econômica mundial (1929-1933) ocorrida com a falência da Bolsa de Valores de Nova York, com a conseqüente crise do café brasileiro, desempenhou um papel decisivo na eclosão do movimento revolucionário – não só pelos efeitos que provocou na capacidade de exportação do café e seus desdobramentos internos no plano político-econômico, mas também pela consciência que todas as classes sociais, inclusive a burguesia vinculada à cafeicultura, tiveram dos limites econômico-financeiros inerentes a uma economia voltada fundamentalmente para o mercado externo.

Portanto, a Revolução de 1930 marca ao mesmo tempo uma ruptura política, econômica, social e cultural com o Estado oligárquico, ainda que parcial, e a ascensão da burguesia industrial ao poder. Daí em diante, no plano político, o grupo no poder iria orientar-se no sentido da afirmação e fortalecimento da nacionalidade, a ela subordinando e submetendo os regionalismos e suas oligarquias; e no plano econômico, priorizando e estimulando a industrialização com a substituição do liberalismo econômico até então vigente pelo “nacionalismo econômico” (Ianni, 1991, p. 69), ou seja, a empresa nacional devia liderar o processo de industrialização com o apoio do poder público. Os problemas sociais, econômicos, políticos, culturais e militares surgidos nas décadas de 1920 e 1930 permitiram a revisão das relações de dependência com o capitalismo mundial, e a Depressão Econômica Mundial (1929-1933) possibilitou a expansão do modo capitalista de produção em um país dependente, baseado num Estado forte e na política de industrialização por substituição de importações – produção no país do que até então se importava. Conseqüentemente, reorientou-se o sistema econômico nacional com base nesse modelo de desenvolvimento, que seria consolidado com as Constituições de 1934 (elaborada por uma Assembleia Constituinte) e de 1937 (outorgada ditatorialmente).

O Estado brasileiro, mesmo restringido pela precariedade de seu aparelho e estreiteza de suas bases financeiras, faz avançar o processo de industrialização e passa a criar as condições para o desenvolvimento do ‘Estado burguês’, como um sistema que engloba instituições políticas e econômicas, bem como padrões e valores sociais e culturais de tipo propriamente burguês. Os grupos políticos no poder têm assim condições para encaminhar novas diretrizes governamentais consubstanciadas nas modificações dos órgãos governamentais e nas inovações da esfera político-econômico-financeira. Mas tiveram que se acomodar aos poderosos interesses nacionais econômicos e políticos ligados à cafeicultura, e mesmo interesses internacionais, visto que os sistemas econômico e político estavam já bastante comprometidos com o capitalismo mundial, numa relação subordinada, pois existia um elevado índice de integração entre interesses de empresários, comerciantes, importadores, políticos brasileiros e interesses de governos e homens de negócio dos países dominantes.

Ao mesmo tempo, a nova imagem que Getúlio Vargas esboçava sobre as relações entre o poder público e as atividades produtivas era que para estabelecer o equilíbrio das forças produtivas – capital e trabalho – o Estado deveria organizar, regular e disciplinar essas atividades, condenando assim explicitamente o liberalismo econômico, assim como o

excessivo federalismo. A partir daí foram reformuladas as condições de funcionamento das forças produtivas, das relações internas de produção e das relações entre a economia brasileira e a economia internacional, assim como se começou a construir uma ‘tecnoeestrutura estatal’,²⁸ responsável pelas medidas de caráter centralizador que caracterizaram todo o período de 1930 a 1945. Para Ianni (1991), a evolução da legislação trabalhista é um exemplo dessa transição, pois com ela foram estabelecidos, de modo formal, sob a responsabilidade do Estado, as condições e os limites básicos de funcionamento do mercado de força de trabalho.

Entretanto, a coalizão de forças que resultou na Revolução de 1930 era uma coalizão precária, porque composta dos interesses e camadas sociais diferentes. De um lado, estavam os militares superiores, uma parcela dos plantadores de café, descontentes com a política econômica do Governo, e parte da elite política de oposição, que visava à conquista do poder e desejava mudanças apenas no sentido jurídico. De outro lado, uma ala mais moderada, preocupada com mudanças de caráter constitucional, com apoio na pequena classe média, e outra mais radical, liderada pelos ‘tenentes’, que queriam mudanças mais amplas e profundas, e por um governo centralizado e nacionalista. Essa configuração das forças em disputa no período do Governo Provisório (1930-1937) permitiu uma relativa margem de autonomia do Estado, já que nenhuma das frações de classe envolvidas no processo conseguiu tornar-se hegemônica, caminhando paulatinamente na direção da centralização e nacionalização dos instrumentos de controle e decisão. Mas também foi um período marcado pela instabilidade gerada, por exemplo, pelo conflito de interesses entre constitucionalistas e tenentistas, cujo ápice é a malograda Revolução Constitucionalista de São Paulo, em 1932, manifestação de resistência às medidas centralizadoras do governo, e logo depois a promulgação da Constituição de 1934, que representa nesse processo de luta uma vitória momentânea do movimento tenentista.

Trata-se de um período no qual as medidas político-financeiras adotadas, as reformas político-administrativas realizadas e a própria reestruturação do aparelho estatal não foram o resultado de um plano preestabelecido, nem de um estudo objetivo e sistemático das reais condições preexistentes. “O próprio desenrolar das soluções adotadas após 1930 mostra que o governo foi respondendo aos problemas e dilemas conforme eles apareciam no seu horizonte

²⁸ O conceito de ‘tecnoeestrutura estatal’, para Ianni (1991), corresponde a um estágio novo no desenvolvimento do Poder Executivo, quando este incorpora, de modo cada vez mais sistemático e permanente, o pensamento técnico-científico e as técnicas de planejamento. Seu elemento político essencial é a hipertrofia do Executivo.

político, por injunção de interesses e pressões econômicas, políticas, sociais e militares” (Ianni, 1991, p. 26).

Em nosso entendimento, é esse contexto de instabilidade e acomodações que explica a contradição da legislação do exercício profissional e de ‘ensino’ na área de enfermagem nesse primeiro momento. Ao mesmo tempo que é uma expressão da conciliação ‘pelo alto’ dos interesses divergentes entre as enfermeiras diplomadas e os práticos de enfermagem, principalmente considerando que uma das características do Estado nesse período era atender concomitantemente às diversas demandas sociais, desde que elas não rompessem com os limites considerados de normalidade social, como a regulamentação das profissões.

Em primeiro lugar, as enfermeiras diplomadas eram oriundas de famílias tradicionais e da classe média, grupos sociais nos quais o governo buscava ampliar o seu apoio, e eram mulheres que, no âmbito da política sanitária de Vargas, receberam atenção especial juntamente com as crianças e constituíam-se em elementos-chave do projeto político-ideológico de construção nacional (Fonseca, 2007). Em segundo lugar, tinham proximidade e certamente articulações políticas com o Governo Provisório por meio da Superintendência de Enfermagem e da ABEn para aprovar a lei federal determinada pelo contrato assinado entre o DNSP e a Fundação Rockefeller, instituição que injetou amplos recursos na organização da Escola Anna Nery e à qual o governo não interessava desagradar, muito menos confrontar. Ao contrário, ainda em 1930, Vargas assinou o decreto n. 19.541, de 29/12/1930, isentando de direitos e taxas alfandegárias todo material importado pela fundação para o serviço de erradicação da febre amarela, referindo-se a ela nesses termos:

Considerando os extraordinários benefícios que há quinze anos a Fundação Rockefeller vem prestando à causa da saúde pública no Brasil, cooperando com as administrações do País no estabelecimento de postos provisórios e permanentes de higiene municipal, na criação de um Instituto de Higiene [São Paulo] e de uma Escola de Enfermeiras [Anna Nery], no aperfeiçoamento técnico de numerosos médicos e enfermeiras brasileiras, na luta contra a febre amarela nos Estados do Norte; considerando que a referida Fundação acaba de atender ao apelo a ela endereçado pelo Governo Provisório a fim de cooperar na luta contra a febre amarela no Sul do País, evitando, assim, vultosos dispêndios ao erário público federal e estadual; considerando não ser razoável cobrarem as nossas alfândegas quaisquer direitos ou taxas pelo material importado para esta instituição (...). (*apud* Faria, 2007, p. 69)

De fato, nos anos 1930 e 1940 a fundação continua colaborando com o governo no combate da febre amarela e da malária, assim como na organização de centros de saúde e postos de higiene no país por meio do então Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde Pública (DNS/Mesp). Portanto, por trás de uma ação aparentemente

político-corporativa da ABEn, havia um projeto político-ideológico do primeiro Governo Vargas que se explicitaria progressivamente e no qual a enfermagem passaria a ser apresentada como uma das profissões mais importantes em épocas de crise nacional, estimulando as mulheres para “prestar a mais carinhosa de todas as artes da vida” (*apud* Barreira, 1999, p. 132).²⁹ Concomitantemente, há também interesses econômicos e políticos do Governo Provisório, seja em relação à Fundação Rockefeller, seja em relação às bases sulistas que deram apoio ao movimento revolucionário. Além disso, havia igualmente a tendência de centralização progressiva dos aparelhos estatais, assim como de unificação nacional das políticas de maneira geral, especificamente nas áreas de saúde e educação. Neste último ponto de vista, tanto o decreto n. 20.109, de 15/6/1931, que unificou e padronizou o ensino de enfermagem em torno do modelo da Escola Anna Nery, como o decreto n. 19.890, de 18/4/1931, que unificou e padronizou o ensino secundário para todos os colégios oficiais em torno do modelo do Colégio Pedro II, representam o início da tendência progressiva de unificação nacional das políticas de educação, que ficaria mais explícita com a promulgação das Leis Orgânicas de Ensino, em 1942, com Gustavo Capanema (Dornelles, 1995; Romanelli, 2002).

Quanto aos militares, o motivo parece óbvio, uma vez que do Exército saiu o principal apoio para a mudança do regime político: o movimento tenentista. Era fundamental garantir o apoio da força militar, num contexto de grande agitação política e diante da necessidade de substituir urgentemente toda a estrutura do poder político que contribuiu para criar e manter a crise econômica, exacerbada com a Depressão Econômica Mundial. Coerentemente, a aprovação do decreto n. 21.141/1932 representou uma demonstração de apoio concreto do Governo Provisório às demandas militares, que não queriam se subordinar ao poder civil.

Com relação à Igreja Católica, antes de mais nada, o período é marcado pelas lutas ideológicas travadas entre reformadores e católicos, cujo ponto alto foi o lançamento do ‘Manifesto dos Pioneiros da Educação Nacional’, em 1932. Pouco antes, em outubro de 1931, foi inaugurado no alto do Morro do Corcovado o monumento do Cristo Redentor, contando com a presença do cardeal arcebispo do Rio de Janeiro, dom Sebastião Leme, de Getúlio Vargas e todo o seu ministério. Para Barreira (1999), o ato deixou bem claro os objetivos da

²⁹ Esse projeto se explicitaria com maior vigor com a eclosão da Segunda Guerra Mundial e a consequente mobilização social das mulheres – particularmente das enfermeiras – no Estado Novo, conforme Cytrynowicz (2000).

estátua: evangelização e retomada do poder da Igreja no Estado Republicano, assim como marcou o início da aliança do Estado com a Igreja.

Os integrantes do movimento renovador defendiam três princípios: a laicidade, a obrigatoriedade do Estado de assumir a função educadora e a coeducação, isto é, a igualdade de direitos dos dois sexos à educação. Por sua vez, a Igreja Católica, que até então praticamente monopolizava o ensino médio no país, se via ameaçada de perder aquele monopólio em face da reivindicação dos reformadores de se implantar efetivamente o ensino público, de âmbito nacional obrigatório e gratuito, e considerava a laicidade e a coeducação uma afronta aos princípios da educação católica. Se na ordem social oligárquica, na qual a educação era privilégio das elites, carecia de sentido a ação estatal com vistas a expandir o ensino público e gratuito, na configuração incipiente da ordem social burguesa as classes médias em ascensão passaram a reivindicar o ensino médio, assim como as camadas populares o ensino primário. Nesse âmbito, o movimento renovador compreendeu que era chegada a hora de o Estado assumir o controle da educação e que, portanto, esta deveria ser obrigatória e gratuita; leiga, tendo em vista a heterogeneidade da sociedade brasileira; e mais que isso, ser garantida como um direito do homem e da mulher às mesmas oportunidades educativas, dadas as necessidades da nova ordem social em implantação. Para os reformadores, os católicos representavam a velha ordem e a educação tradicional, pois “o perigo representado pela escola pública e gratuita consistia não apenas no risco de esvaziamento das escolas privadas, mas consistia sobretudo no risco de extensão da educação escolarizada a todas as camadas, com evidente ameaça para os privilégios até então assegurados às elites” (Romanelli, 2002, p. 144).³⁰

Talvez isso explique por que o decreto n. 22.257/1932, que estende às irmãs de caridade os mesmos direitos das enfermeiras diplomadas, diferentemente do decreto dos

³⁰ No embate entre reformadores e católicos, tanto a Constituição de 1934 como a de 1937, aprovada sob a égide do Estado Novo, expressavam uma política de conciliação e compromisso do governo com ambas as tendências. De um lado, adotava-se o ensino religioso – proscrito desde a Constituição de 1891, mas facultativo; de outro, excetuando-se o parágrafo que adotava o ensino religioso, quase todo o texto constitucional de 1934, no capítulo referente à educação, segundo Romanelli (2002), representava uma vitória do movimento renovador, que entre outras coisas afirmava que a educação é um direito de todos e dever dos poderes públicos e da família. Mas a vitória durou pouco, pois a Constituição de 1937 foi mais restritiva com relação à educação, não enfatizando, por exemplo, o dever do Estado para com a educação. Antes, proclamou a liberdade da iniciativa individual e de associações ou pessoas coletivas públicas e particulares. Quanto ao ensino religioso, modificou um pouco o teor, prescrevendo que este ensino poderia ser contemplado como matéria do curso ordinário das escolas primárias, normais e secundárias, porém sem constituir objeto de obrigação dos mestres ou professores, nem de frequência obrigatória dos alunos. De todo modo, o que se verifica a partir do Estado Novo é uma tendência mais conservadora em relação às alianças políticas, no caso com a Igreja Católica, mas também no que diz respeito aos gastos sociais com educação e saúde.

militares, não faça nenhuma menção ou exija destas a formação profissional escolar, e apenas defina o direito de titulação de enfermeira. Diante da organização da enfermagem laica em torno do caráter científico e moderno da profissão e da valorização do diploma, a preocupação central da enfermagem religiosa passaria a ser a formação das suas lideranças sob as mesmas bases daquela.

A primeira escola a formar enfermeiras religiosas no país foi a Escola Carlos Chagas, criada em 1933, em Belo Horizonte (MG), organizada e dirigida até 1938 por Laís Netto dos Reys, católica convicta e egressa da Escola Anna Nery. Neste último ano, retornou ao Rio de Janeiro e assumiu a direção dessa Escola, onde recebeu doze alunas religiosas, após autorização do cardeal Dom Sebastião Leme. Para ela, “a presença de alunas-religiosas elevava sobremodo o conceito da escola na sociedade, providencia clausura e capela nas dependências do internato” (Barreira, 1999, p. 139).

Segundo essa autora, a partir de 1938 estreita-se a associação entre as enfermeiras católicas, de origem laica, e a alta hierarquia da Igreja, favorecida pela aliança desta com o Governo Vargas. Em 1939, é fundada a primeira escola para enfermeiras religiosas no Brasil, denominada Escola de Enfermeiras Católicas Luiza de Marillac, atual Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac, incorporada à Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro em 1953. Os cursos de auxiliares de enfermagem dessa escola só têm início em 1964.³¹

Esses dados parecem confirmar que a preocupação da Igreja não era com a formação profissional do conjunto das irmãs de caridade, restringindo-a aos treinamentos em serviço, e sim com a de suas lideranças, que iriam reproduzir no interior dos hospitais conduzidos pelas ordens religiosas a divisão hierárquica do trabalho de enfermagem.

Mas, resta esclarecer a extensão do reconhecimento profissional ao conjunto dos práticos de enfermagem, o que a nosso ver só pode ser entendido a partir da política operária e da legislação trabalhista e sindical encaminhada e aprovada nesse período.

Conforme Ianni (1991), a legislação trabalhista no período de 1930 a 1935, principalmente, inspirou-se em razões econômicas, mas também políticas, visando sistematizar e formalizar as relações políticas entre as classes sociais urbanas. Mais especificamente, buscava pacificar as relações entre os vendedores e compradores de força de

³¹ Ver Sociedade Beneficente São Camilo. Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac. 50 anos. Breve relato histórico, Rio de Janeiro, 1989. Sobre a formação de enfermeiras religiosas e sua organização em torno da União das Religiosas Enfermeiras do Brasil, à época, consultar Bernardes (1952) e Cruz (1954).

trabalho, dos setores secundário e terciário da economia, visto que estes começavam a desenvolver novas técnicas de ação, em suas reivindicações econômicas e políticas. Até 1930, apesar da intensificação dos movimentos e lutas operárias, que ocorre após a Primeira Guerra Mundial, o governo e os compradores da força de trabalho pouco se interessavam pela institucionalização dos direitos e obrigações nas relações políticas e econômicas entre empregados e empregadores.

Em 1930, é criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) com o papel precípua de superintender a questão social e amparar o trabalhador nacional – ou, nas palavras de Lindolfo Collor, primeiro ministro da pasta, para “substituir o antigo conceito de luta de classes pelo conceito novo, orgânico, construtor, humano e justo, de cooperação entre as classes” (*apud* Dornelles, 1995, p. 123). Nesses termos, em 1931, cria-se o Departamento Nacional do Trabalho com o objetivo de promover medidas de previdência social e melhorar as condições de trabalho, e nesse ano foi aprovado o decreto n. 19.770, de 19/3/1931, que regulava a sindicalização das classes patronais e operárias, visando do ponto de vista econômico disciplinar o trabalho como fator de produção, e do ponto de vista político vedar a emergência de conflitos classistas, canalizando para dentro do aparato estatal as relações capital-trabalho. Nesse decreto é feita a opção pelo sindicato único, e este é definido, ou melhor, reduzido a órgãos de mediação e colaboração com o poder público, de cooperação técnica com o Estado referente aos problemas relacionados com os interesses da classe, o que faz o sindicato adquirir um novo conteúdo político, “como elemento essencial do sistema político-administrativo estatal” (Ianni, 1991, p. 48). Colaboração efetiva e inteligente entre as classes, espírito associativo, o Estado com o papel de orientar e promover a coordenação entre capital e trabalho, e a condenação dos antagonismos de classe e irrupções de violência estavam entre as razões políticas alegadas para a adoção de uma legislação trabalhista que visava à harmonia e à tranquilidade entre compradores e vendedores da força de trabalho. Essa foi a tendência dominante da política operária no período de 1930 a 1945, apesar de algumas vezes as razões políticas não passarem de alegações de cunho ideológico, pois no cerne da doutrina de ‘paz social’ havia uma política de controle e dominação da atividade e organização política do proletariado.

O diploma legal não escondia sua ação desmobilizadora das antigas lideranças sindicais, muitas delas de origem estrangeira, principalmente em São Paulo. Exigia que os associados brasileiros fossem 2/3 do total de filiados de cada corporação sindical, e os líderes

que ocupassem os cargos de chefia deveriam ser brasileiros, ou naturalizados com dez anos de residência no país, ou estrangeiros com vinte anos aqui. Para o reconhecimento dos sindicatos fazia-se uma série de exigências, entre as quais a ata dos trabalhos de instalação das associações, a relação dos sócios e a cópia dos estatutos. Todos os documentos deveriam ser encaminhados ao MTIC junto com o pedido de reconhecimento, que o ministério deferia ou não. Além disso, o decreto n. 19.770/1931 restringia o ativismo político, impedindo todo e qualquer envolvimento político, e previa sanções penais que iam desde multas até a suspensão das suas atividades, a destituição da diretoria ou mesmo a sua dissolução.

Desmobilização, despolitização e desprivatização formaram o tripé da nova política operária para Vianna (1976). Segundo este autor, naquele momento a acumulação de capital dependia mais da elevação do ritmo de trabalho e do uso racional da mão-de-obra empregada do que do emprego de tecnologias, e a existência de um sindicalismo livre era incompatível com a elevação da taxa de expropriação da força de trabalho. Para isso, o Estado tinha que liquidar as organizações independentes – na sua maioria de tendência anarco-sindicalista, que resistiam às medidas de centralização e controle com greves e manifestações –, reprimir os seus líderes, cooptar e/ou corromper outros. A partir daí implementou-se a nova política, combinando coerção e manipulação do consenso por meio da estrutura corporativa, facilitada em parte pela mudança na composição da classe operária, com o recrutamento maciço de um contingente dócil à mobilização ideológica praticada pelo Estado, cujo resultado foi a ampliação do sindicalismo oficialista, que avançou dos estados de pouca ou baixa industrialização (Sul e Nordeste) para as unidades mais industrializadas da Federação (São Paulo e Distrito Federal) – e nestas, a partir dos núcleos operários menos experientes e combativos.

Nesse contexto foi criado o Sindicato dos Enfermeiros Terrestres,³² em 1933, dentro da estrutura corporativa oficialista, por enfermeiros não-diplomados (Dornelles, 1995). A ele caberia representar em questões trabalhistas todos os enfermeiros, diplomados ou não, que exercessem atividades de enfermagem fora do serviço público – isto é, ele tinha respaldo

³² A denominação ‘Terrestre’ é para diferenciá-lo do Sindicato Nacional dos Enfermeiros da Marinha Mercante ou Sindicato dos Enfermeiros Marítimos, então existente. Conforme Dornelles (1995), esse sindicato foi criado em 1929, como Associação dos Enfermeiros da Marinha Mercante, e em 1932 transformou-se no primeiro sindicato da área dentro do setor público. Sua preocupação central eram as condições de trabalho no setor. Ele nunca se envolveu diretamente nas lutas específicas da enfermagem, mas teve uma atuação importante ao lado dos sindicatos de trabalhadores dos portos, e aceitava a filiação de todos aqueles que desenvolvessem ações de enfermagem na Marinha Mercante, fossem ou não formados por escolas oficiais, contrariando assim a tendência então nascente na enfermagem moderna de as organizações associativas e trabalhistas reproduzirem a luta interna entre as subcategorias de enfermagem existentes na época.

oficial para representar todas as categorias de enfermagem nos serviços privados de saúde, tais como a Santa Casa de Misericórdia, os hospitais e clínicas privados. Concretamente vocalizava, na época, as reivindicações dos práticos de enfermagem. Como a legislação sindical previa a unicidade sindical, essa unicidade impediu até a primeira metade dos anos 1970 que as enfermeiras diplomadas se organizassem em sindicato próprio.³³ E como a ‘paz social’ era procurada por meio de concessões e benefícios concretos, isso incluiria necessariamente não só uma legislação mínima de proteção do trabalho, que efetivamente ocorreu,³⁴ como o atendimento de reivindicações, desde que elas não rompessem com os limites da legislação sindical e da ordem social. Dentre elas, estava a aprovação do decreto n. 23.774, de 22/1/1934, que estendia aos práticos de enfermagem o direito ao exercício da enfermagem, mas obrigava-os a realizar prova de habilitação no DNSP. Não há dados que permitam esclarecer se houve articulações políticas do sindicato e eventuais negociações com o Estado e/ou ABEn, para avaliar se essa prova foi uma contrapartida para o reconhecimento ou se foi uma iniciativa dos próprios práticos de enfermagem. O certo é que, além do reconhecimento da titulação, o tempo de formação prática ainda seria por muito tempo o único critério para o exercício profissional desses trabalhadores.

O reconhecimento profissional dos práticos de enfermagem e o impedimento de as enfermeiras diplomadas constituírem sindicato marcam o início da explicitação dos conflitos na área de enfermagem, ou do confronto entre os chamados representantes da enfermagem tradicional e a enfermagem moderna, assumindo facetas diferenciadas ao longo do tempo e que permanecem até hoje cristalizadas nas relações travadas cotidianamente no processo de trabalho. “Paralelo à divisão do trabalho em Enfermagem, ocorre a divisão das suas entidades representativas. Na medida em que foram sendo criadas as subcategorias profissionais (...), a tendência foi de se formar entidades representativas de cada uma delas isoladamente” (Dornelles, 1995, p. 127). Em outras palavras, para essa autora, a legislação sindical foi mais um elemento determinante para a fragmentação e a divisão do trabalho na área.

³³ Atualmente, o Sindicato dos Enfermeiros Terrestres denomina-se Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde, com atuação marcada por uma postura legalista, conservadora e ‘apolítica’. Observe-se que os primeiros sindicatos dos enfermeiros foram criados no Rio Grande do Sul, em 1976, e no Rio de Janeiro, em 1977, nos marcos da abertura gradual, lenta e progressiva do regime militar.

³⁴ Regulamentação do trabalho feminino, da duração de oito horas da jornada de trabalho para comerciários e industriários, do trabalho de menores na indústria, criação da carteira profissional. Estatuiu as Comissões Mistas de Conciliação e Julgamento e em seguida o instituto das convenções coletivas de trabalho apenas para os sindicalizados; concedeu férias aos bancários e industriários. Ver Vianna, 1976.

A atuação do sindicato esbarrou nos interesses da ABEn, que não reconheceu a sua legitimidade, pois não aceitava que profissionais não formados pela escola estivessem no mesmo nível hierárquico ou tivessem os mesmos direitos. Para Dornelles, o que estava em jogo nesse conflito era a direção intelectual e moral na enfermagem. A luta da associação era, ao mesmo tempo, criar uma moral homogênea sobre a profissão e buscar a supremacia da enfermagem moderna sobre a tradicional. Para isso, era preciso ‘destruir’ os enfermeiros ‘tradicionais’, considerados adversários e concorrentes na profissão, apresentando-se os enfermeiros diplomados como portadores de uma assistência ‘científica’ e, portanto, mais ‘nobre’ e elevada do que a prestada por aqueles.

A incorporação da Escola Anna Nery como instituição complementar da Universidade do Brasil em 1937 (lei n. 452, de 5/7/1937), foi mais um passo na consolidação da enfermagem moderna sobre a tradicional, reforçando a ideia de que o sujeito qualificado é aquele que detém o saber, a ‘ciência’, enquanto a prática é identificada com o trabalho manual desqualificado. Como afirma Almeida (1986, p. 81),

o ensino é caracterizado como o paradigma do saber, esquecendo-se que é no trabalho que se devem buscar os elementos do saber. É no desenrolar do cuidado de enfermagem, em que se opera diretamente com o objeto, o doente, onde se dão as relações técnicas e sociais, que está a essência do saber. O distanciamento entre ensino e prática cada vez é mais polar. Há uma barreira [de classe] separando os que ensinam a prática e os que praticam a prática.

Da mesma forma, daí em diante as iniciativas do sindicato visaram também ‘destruir’ a enfermagem moderna, numa disputa de poder que sofreu um interregno apenas na década de 1950, com a aprovação da lei n. 2.604, de 17/9/1955, considerada de fato a primeira lei do exercício profissional da enfermagem, pois contemplava e reconhecia todos os exercentes da área, inclusive os práticos de enfermagem. Nesses 21 anos (1934-1955), o que se verifica é uma intensa disputa política em torno da regulamentação da profissão e da sindicalização na área.

Em 1939, o Sindicato dos Enfermeiros Terrestres protesta no Ministério do Trabalho pela designação de enfermeiros práticos e solicita por meio de anteprojeto de lei a regulamentação da profissão de enfermeiro. Articulando-se com o MTIC, a ABEn consegue assento na comissão responsável pela análise da proposta de regulamentação, e em 1940 o resultado é outro anteprojeto que mantinha aquela designação que não foi subscrito pelo sindicato. Quanto à sindicalização, em 1940, a ABEn conquista no MTIC o registro dos

enfermeiros no quadro de profissões liberais, abrindo com isso a possibilidade de criação de sindicato próprio. Entretanto, o sindicato, percebendo essa possibilidade, solicita e consegue a retirada da profissão dessa lista, e o enfermeiro é enquadrado no grupo de Turismo e Hospitalidade, que incluía os empregados de hotéis, hospitais e outros, garantindo assim a representação sindical dos enfermeiros diplomados (Gomes e Santos, 2005). A partir daí, a criação de um sindicato, definido como entidade de defesa dos seus interesses específicos, torna-se prioridade para a ABEn, e imediatamente inicia-se uma longa batalha pelo reenquadramento dos enfermeiros como profissionais liberais, o que seria reconquistado somente em 1962.

Portanto, a ABEn rejeitou qualquer perspectiva de se organizar com o conjunto dos trabalhadores da enfermagem, considerando tal unificação uma ameaça à profissão, principalmente após 1943, quando o Sindicato dos Enfermeiros Terrestres passou a denominar-se Sindicato dos Enfermeiros e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde. Com isso ampliou a sua base, incorporando todos os trabalhadores de estabelecimentos de saúde, mesmo os não pertencentes ao serviço de enfermagem, passando a ser conhecido a partir daí como ‘Sindicatão’.³⁵ Paralelamente, ocorreram as primeiras iniciativas de criação do Conselho de Enfermagem, órgão fiscalizador do exercício profissional, que ocorreria em 1973, com o encaminhamento ao Ministério do Trabalho e posteriormente ao Congresso Nacional do anteprojeto de lei de regulamentação da profissão, pela ABEn, e a discussão em torno da regulamentação da formação profissional na área de enfermagem.

Mas qual o significado da criação dos cursos de auxiliares de enfermagem em 1949? Em que contexto ocorreu a aprovação da primeira Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (lei n. 2.604, de 17/9/1955)?

O ponto de partida para compreender essas questões é a política previdenciária, que de início, no Governo Vargas, privilegiou a compra de serviços médicos de terceiros, apesar do seu caráter claramente contencionista em relação à assistência, e num segundo momento, sem deixar de privilegiar as instituições privadas, ampliou os serviços próprios da previdência. As disputas, os enfrentamentos, as indefinições e conciliações que se dariam em torno do papel do Estado no desenvolvimento nacional e no âmbito das políticas econômica, trabalhista,

³⁵ Conforme Dornelles (1995), o ‘Sindicatão’ teve outras conquistas, como a abertura de concursos públicos para a carreira inicial de enfermagem, sem a exigência de curso na Escola Anna Nery ou em escolas a ela equiparadas.

educacional e sanitária ocorreram também no da política previdenciária,³⁶ e só se definiriam com o golpe de Estado que instaurou o Estado Novo, em 1937, sendo depois redefinidos no período de ‘redemocratização do país’, após 1945.

O segundo aspecto a se considerar é a discussão em torno da construção de uma trajetória de formação escolar no interior da área de enfermagem, com assessoria do Instituto de Assuntos Interamericanos (Iaia)³⁷ e sob a influência dos debates que a partir de 1948 seriam deflagrados em torno do anteprojeto de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, aprovada 13 anos depois (lei n. 4.024/1961). É isso que veremos nos dois itens a seguir.

2.4 A assistência médica na medicina previdenciária como concessão e não como direito

Na área da saúde, os estudos indicam (Braga e Paula, 1981; Oliveira e Teixeira, 1986; Fonseca, 2007) que é a partir dos anos 1930 que se pode identificar uma política de saúde de caráter nacional, centralizada e organizada em torno de dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. O primeiro, vinculado ao Ministério da Educação e Saúde (MES),³⁸ seria predominante até os anos 1960, visto que a política sanitária, a partir do Governo Vargas, tornou-se um instrumento privilegiado de fortalecimento do poder público e do poder político no interior do país, num progressivo processo de centralização política e uniformização dos serviços por meio dos interventores do Departamento Nacional de Saúde (DNS) nos serviços estaduais de saúde.³⁹

³⁶ A política previdenciária era também uma política trabalhista, estando vinculada nesse momento ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Entretanto, optamos por tratá-la separadamente, e dentro dela privilegiamos a discussão em torno da prestação de serviços médicos e não dos benefícios pecuniários (aposentadorias e pensões), tendo em vista o objetivo deste trabalho.

³⁷ O Iaia é uma agência governamental criada em 1940, pelos Estados Unidos, no contexto da Segunda Guerra Mundial, coordenada por Nelson Rockefeller e inspirada nas noções de Boa Vizinhança e do Pan-Americanismo. Voltada para a política externa norte-americana com os países da América Latina, atuou em vários campos. Na educação, atuava na elaboração de programas de educação rural e secundária, no treinamento de professores, na orientação vocacional e no incentivo ao ensino de inglês. Na área de saúde e saneamento, foi fundamental para a realização do acordo bilateral Brasil-EUA para a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). Para mais informações, consultar Campos (2006), principalmente p. 33-65.

³⁸ Com a reforma de 1937, realizada na gestão de Gustavo Capanema, o Ministério da Educação e Saúde Pública passou a denominar-se Ministério da Educação e Saúde. Em 1934, o Departamento Nacional de Saúde Pública foi extinto, passando a denominar-se Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico Social, a qual depois foi substituída pelo Departamento Nacional de Saúde.

³⁹ Essa política sanitária seria intensamente combatida pelos expoentes do sanitarismo desenvolvimentista, que nasceu no contexto das lutas pela democratização do país durante o Estado Novo e no bojo do processo de industrialização e

Com Gustavo Capanema, ministro da pasta (1934-1945), e João de Barros Barreto, diretor do DNS (1935-1939 e 1941-1945), expandiram-se tanto os programas horizontais – isto é, a integração de várias especialidades médicas e enfermagem no interior dos centros de saúde e postos de saúde, tal qual reivindicada pela Escola dos ‘Jovens Turcos’ desde a década de 1920 e da qual esse último é egresso – como os programas verticais, representados pelas campanhas sanitárias, que com a reforma do MES em 1941 foram institucionalizadas.⁴⁰ Essa relativa expansão da atenção à saúde pública para o interior do país estava relacionada com o movimento mais geral de conformação de um mercado nacional de trabalho, ao longo do qual se processavam fluxos migratórios de mão-de-obra para o espaço dinâmico da industrialização, vindos de áreas onde eram frequentes as endemias rurais, com o objetivo de criar condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e rurais. Diferentemente da política previdenciária que favorecia os inseridos no mercado de trabalho formal, a política sanitária se dirigia para a vasta população urbana e principalmente rural que se encontrava à margem do mundo do trabalho formalizado: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais – “em outras palavras, todos os inabilitados a usufruir os serviços oferecidos pelos órgãos previdenciários” (Fonseca, 2007, p. 42).

A medicina previdenciária, vinculada ao MTIC, começa a ser ampliada só após a queda do Estado Novo, em 1945, vindo a assumir predominância na política estatal de saúde a partir dos anos 1960. Até a década de 1950, o caráter dominante no setor saúde era a prática médica autônoma e o monopólio das instituições religiosas e filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, na assistência médico-hospitalar à maioria da população. Essa estrutura, aliada à inexistência de condições para investimentos em um setor não diretamente articulado ao aparelho produtivo, em face do caráter retardatário do desenvolvimento capitalista no país, está entre as razões para o não-empresariamento da medicina nesse período (Cordeiro, 1984).

urbanização que começava a se desencadear. Suas críticas se dirigiam ao sanitarismo campanhista, tanto ao modelo de organização sanitária, centralizador e autoritário, quanto a sua concepção sobre a relação saúde e doença. O ápice desse movimento ocorreu durante a III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, quando se aprovou a tese da municipalização dos serviços de saúde. Os principais representantes dessa corrente sanitária são Mario Magalhães da Silveira, Samuel Pessoa e Josué de Castro. Para uma análise desse movimento, consultar Teixeira *et al.*, 1988.

⁴⁰ Com a reforma de 1941, criou-se a estrutura básica que constituiria, em 1953, o Ministério da Saúde, e ampliou-se o leque de abrangência das ações de saúde pública. Incorporaram-se o combate e o controle de diversas doenças endêmicas, culminando com a criação dos serviços nacionais de saúde: tuberculose, lepra, febre amarela, malária, peste, câncer e doenças mentais, alguns deles com a cooperação direta da Fundação Rockefeller, como nos casos de febre amarela e malária. Além dessas, outras doenças como boubas, esquistossomose e tracoma constaram entre as preocupações do poder público, mas não se constituíram em serviços nacionais (Fonseca, 2007).

Da mesma forma, podemos dizer que essas razões estão na base do relativo atraso da formação de trabalhadores técnicos em saúde e/ou da abertura de escolas técnicas de saúde, se comparadas com as iniciativas voltadas para a qualificação de mão-de-obra para o trabalho industrial,⁴¹ aliadas ao fato de que a assistência médica aos segurados da Previdência Social só seria assegurada como um direito com a Constituição Federal de 1946, no chamado período de ‘redemocratização do país’ ou de ‘democracia restringida’. Isso decorre da disputa que, desde 1930, ocorreria no âmbito da medicina previdenciária, entre uma concepção abrangente e outra contencionista dos benefícios da Previdência Social.

Conforme Oliveira e Teixeira (1986), a Previdência Social no Brasil teve início com o sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, com a Lei Eloy Chaves, chegando ao final dessa década com 24 Caixas em operação, abrangendo 22.991 segurados. Do total de despesa, 47% correspondiam a gastos com assistência médica. Para esses autores, a criação do sistema de Caixas, na época, significou uma mudança na postura até então marcadamente liberal do Estado ante a questão trabalhista e social, inaugurando-se aí, portanto, um processo de intervenção crescente do Estado no âmbito trabalhista, simultaneamente à questão operária que então eclodia.

Oliveira e Teixeira (1986) defendem a ideia de que o modelo de Previdência Social que se instaurou com esse sistema era abrangente, pois aliava a concessão de serviços médicos, incluindo assistência farmacêutica, com os benefícios pecuniários (aposentadorias e pensões). O direito a esses serviços era extensivo a todas as pessoas da família que habitassem sob o mesmo teto do segurado. A partir de 1926, um novo decreto ampliava a assistência médica aos herdeiros dos segurados falecidos, prevendo internação hospitalar em caso de cirurgia e passando a arcar com a assistência aos acidentados do trabalho.

Com relação à forma de prestação dos serviços médicos aos segurados, o que predominava era a prestação por terceiros. As CAPs, em geral, adotavam a prática de arrendar períodos de trabalho de médicos privados em seus consultórios, durante os quais eram feitos os atendimentos. Com o decreto de 1926, abriu-se ainda a possibilidade da constituição de serviços médicos próprios das Caixas, sendo abertos no período alguns serviços

⁴¹ Diferentemente do ensino técnico industrial, que se organizou desde 1909 com as escolas de aprendizes artífices e depois foi reestruturado com base na Lei Orgânica de Ensino Industrial, em 1942, o ensino técnico em saúde só começou a ser organizado com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em 1961, portanto com relativo atraso em relação ao primeiro.

ambulatoriais. Isso indica, para os autores citados, que nesse modelo previdenciário a assistência médica era considerada uma atribuição fundamental, representando uma conquista decorrente das reivindicações e lutas de segmentos das classes trabalhadoras urbanas mais organizadas, fortemente influenciadas pelos movimentos de inspiração política introduzidos pelos imigrantes europeus e pelas precárias condições de vida e trabalho.

Quanto à relação receita-despesa, ao longo do período de 1923 a 1930 os gastos totais elevaram-se a 65% da receita. E no que diz respeito à assistência médico-hospitalar, apesar do crescimento da massa segurada, os gastos conseguiram acompanhar o crescimento da população segurada, mantendo-se assim o mesmo padrão de gastos por segurado, o que não ocorreria no período seguinte. Com relação ao financiamento, o Estado não participava do custeio das Caixas; o sistema não incluía o quesito ‘contribuição da União’. Elas eram mantidas pelos empregados (3% dos vencimentos), empresas (1% da renda bruta) e consumidores dos serviços (1,5% sobre as tarifas), além de outras fontes menores e eventuais de recursos. Nos anos 1920, a Previdência Social estava organizada na forma de instituições de natureza fundamentalmente civil, privada.

A partir de 1930, entretanto, a ideia que passa a ser difundida é a de que ‘Previdência’ não deve incluir ‘Assistência’; de que ela deve se constituir como um sistema de concessão de ‘benefícios pecuniários’ exclusivamente, e não de ‘serviços’. As razões alegadas eram, de um lado, porque havia necessidade de conter as despesas públicas para fazer frente à crise econômica herdada pelo Governo Provisório; e, de outro, porque os gastos com os serviços – reivindicação permanente dos segurados – colocavam em risco a estabilidade das instituições previdenciárias. Para Oliveira e Teixeira (1986, p. 65), a legislação é clara na orientação *intencionalmente contencionista* da política previdenciária no período (1930-1945), modificando assim a concepção anterior de Previdência Social, em que as instituições de Previdência eram vistas como instituições de Previdência e Assistência, e conseqüentemente passando a separar essas duas atribuições, com a intenção de minimizar os gastos com a segunda. A assistência médico-hospitalar passa a ser apresentada como algo que só provisória e muito superficialmente poderia ser ‘concedida’, e concedida não como uma atribuição específica e intrínseca da Previdência Social, mas sim como mera ‘colaboração’.

O decreto n. 20.465, de 1/10/1931, ao mesmo tempo que criou os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs),⁴² em substituição ao sistema de Caixas, restringiu em 8% da receita anual total os gastos com assistência médica, sujeitos à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho, assim como definiu que apenas os benefícios pecuniários eram atribuições obrigatórias da Previdência, excluindo pois a assistência, que só seria prestada de acordo com a disponibilidade das instituições. Além disso, criou um mecanismo de proteção do sistema, que é o ‘modelo de capitalização’. Isto significava concretamente que as despesas jamais deveriam atingir a receita total. A cada aumento das despesas corresponderia automaticamente um aumento proporcional das fontes de arrecadação para a sustentação do modelo, mantendo-se dessa forma sempre uma distância entre receita e despesa, ou seja, mantendo-se os superávits.

Baseando-se na análise dos dados do orçamento, Oliveira e Teixeira (1986, p. 61) concluem que entre 1930 e 1945 “a pequena expansão em valores reais dos gastos com medicina no período (cerca de três vezes e meia) não acompanhou nem de longe o crescimento da massa segurada, que aumentou vinte vezes”. Para eles, isso significa que a expansão da receita proporcionada com a crescente agregação de contribuintes ao sistema a cada ano não resultou em aumento dos gastos com assistência médica oferecida aos mesmos contribuintes. O que houve foi uma queda real nos gastos por segurado, chegando em 1938-1939 a apenas 1/4 das despesas de 1930, gerando assim superávits anuais de mais de 70% da receita.

Quanto à forma de prestação dos serviços médicos aos segurados, aumentou em importância a tendência a comprar serviços médicos de terceiros, principalmente no que diz respeito à assistência hospitalar, justificando-se pelo fato de que as despesas com a construção e instalação de equipamentos seriam mais significativas se a opção fosse a constituição de serviços próprios.⁴³ A mesma disposição seria adotada para os exames laboratoriais e

⁴² Os IAPs eram entidades públicas autônomas (autarquias), funcionando sob a supervisão do MTIC. Diferentemente das CAPs, que eram organizadas por empresas, os IAPs eram organizados conforme a categoria profissional, ampliando assim a massa segurada. Em 1933, criou-se o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões, o dos Marítimos (IAPM). Em 1934, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB). No mesmo ano, criou-se o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC); em 1936, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI); em 1938, o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase); ainda em 1938, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (Iapetec). O sistema de Caixas continuou coexistindo com os IAPs até a década de 1950, quando elas foram definitivamente extintas.

⁴³ A compra desses serviços deveria ser feita pelo mecanismo de concorrência pública, isto é, seriam escolhidas aquelas empresas que oferecessem os melhores preços, como expresso no decreto n. 22.016, de 26/10/1932, que regulamenta a execução dos socorros médicos e hospitalares das Caixas de Aposentadoria e Pensões.

radiológicos complementares. A partir desse momento, a Previdência Social foi se constituindo então como um grande comprador de serviços médicos de pequenas instituições privadas, pequenas clínicas, hospitais e consultórios que, como tais, ao contrário do que iria suceder nos anos 1960, tinham que se submeter às regras de jogo impostas por ela. Nessas condições, a compra de serviços surgiu como uma alternativa, definida em razão das preocupações com a restrição nos gastos, proposta defendida principalmente pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), que ao longo desse período tornou-se o maior instituto em termos de número de segurados. A Previdência Social, no seu conjunto, em 1945, não contava mais do que quatro hospitais em todo o país.

Efetivamente, a opção pela compra de serviços foi a tendência dominante no período, principalmente no que tange às internações hospitalares e não tanto à assistência ambulatorial, o que acelerou o ritmo de criação de hospitais privados no país. Considerando os períodos 1901-1930 e 1931-1940, verificou-se nesse segundo período um ritmo vigoroso de crescimento, visto que enquanto nas três décadas anteriores foram criados 16, em apenas dez anos foram criados 22 hospitais. No setor público, os serviços ambulatoriais aumentaram em quase 100%, enquanto os serviços hospitalares ficaram praticamente estacionários. Mas em ambos os períodos, o que chama a atenção é o ritmo de criação das instituições privadas sem fins lucrativos. No primeiro período foram criados 238 hospitais em todo o país; destes, 80% eram filantrópicos. No segundo, apesar da expansão do setor privado com fins lucrativos, 72% dos hospitais criados eram filantrópicos (Pessôa, 2005). Segundo Barreira (1999), tal política representou um forte incentivo para o investimento de capitais em serviços de saúde na capital federal, e dos hospitais existentes, a maioria pertencia também às instituições católicas.

Entretanto, apesar de a tendência dominante ser a compra de serviços médicos a particulares, havia limites e condicionantes para a mercantilização da prática médica em razão do caráter restrito da Previdência Social, que dificultava, quando não impedia, a prestação de cuidados médicos pelo setor privado, decorrente da baixa transferência de recursos para o setor. Como veremos adiante, os recursos originários do ‘regime de capitalização’ adotado seriam utilizados nos ramos estrategicamente relevantes para o processo de acumulação capitalista, via industrialização e modernização tecnológica. No entanto, ainda não se organizara um segmento privado de base técnica e financeira importante, incluindo os setores

de medicamentos e equipamentos. Predominava uma prática médica de feição fundamentalmente autônoma, com um setor institucional organizado em hospitais filantrópicos e estatais de pequeno porte. “Os recursos previdenciários limitados, a dominância de uma prática médica autônoma, liberal e caritativa e uma base tecnológica estreita inviabilizavam qualquer possibilidade de transformações nitidamente capitalistas da medicina” (Cordeiro, 1984, p. 30). Esse padrão só se alteraria com a intensa urbanização verificada no país a partir dos anos 1950.

Finalmente, em relação ao financiamento, ocorreu uma modificação nas três principais fontes de arrecadação da Previdência, ou seja, na contribuição dos segurados, das empresas e do Estado. Paradoxalmente, enquanto se promovia uma restrição nos planos de benefícios e serviços, os segurados tinham a sua contribuição elevada, isto é, recebiam cada vez menos benefícios e serviços, mas passavam a pagar cada vez mais, inclusive com a criação de uma contribuição suplementar para a implantação de serviços médico-cirúrgicos numa dada região ou localidade, a partir de 1934. “A obrigatoriedade de concessão prevista na Lei Eloy Chaves foi suprimida e o serviço passou a ser facultativo, embora continuasse a ser oferecido. Sem negar o serviço, afasta-se de sua concessão o caráter de direito do associado” (Cordeiro, 1984, p. 26). Ao mesmo tempo, criou-se um novo conceito na época: o de contribuição tripartite (paritária), ou seja, a ideia de equiparação nos valores das contribuições dessas três fontes de receita, com forte apelo ideológico, que do ponto de vista formal iria vigorar até 1960.

O surgimento de uma ‘contribuição da União’, ou do ‘Estado’, sugere, em princípio, até pela sua denominação (que tem um apelo ideológico evidente), um avanço no sentido da ruptura do caráter ‘neoliberal’ que apontamos na Previdência dos anos 20. Aparentemente, agora ‘o Estado’ seria o responsável por um terço dos recursos destinados à Previdência. Mas na prática o recolhimento pelo Estado de quotas e taxas ‘de Previdência’ sob o argumento de que se destinavam a financiar, em parte, a Previdência Social dos trabalhadores, foi uma balela. Na medida em que o Governo federal, (...) não efetivava nunca sua contribuição à Previdência nos montantes legalmente estabelecidos (...). Ou seja: não repassava, senão muito irregular e parcialmente, os recursos que arrecadava a título de ‘quotas’ e ‘taxas’ de Previdência, dando a esses recursos outras destinações. (Oliveira e Teixeira, 1986, p. 106)

Na verdade, como nem o Estado nem as empresas cumpriam com as determinações legais, a preservação do regime de capitalização dependia fundamentalmente das contribuições dos segurados. Desde o início, as medidas tomadas para conter as despesas e o aumento das contribuições dos empregados provocaram protestos e manifestações contrárias por parte dos setores mais politizados, e o caráter mais abrangente ou mais contencioso da oferta dos serviços médico-hospitalares, e também dos benefícios entre os diferentes IAPs, era

equivalente à maior ou menor organização e ao poder de pressão e mobilização das categorias profissionais na defesa de seus interesses. Assim pode-se compreender por que os bancários, os comerciários e os funcionários públicos conquistaram no período maiores regalias e, de forma geral, começaram a prestar esses serviços em diferentes graus. Mas se isso significava, por um lado, a consolidação de conquistas das categorias profissionais mais organizadas, por outro a própria segmentação e o fracionamento da organização previdenciária por categorias profissionais representaram um sério obstáculo ao processo de constituição desses grupos sociais como classe, para sua efetiva organização e ação política que viesse a negar a ordem capitalista instituída (Cohn, 1979, *apud* Cordeiro, 1984).

Entre 1930-1935, num clima relativamente aberto, desenvolveu-se um debate de caráter político sobre as questões previdenciárias, mas depois de 1935 desapareceu toda a possibilidade de resistência organizada dos segurados às medidas de natureza contencionista, em razão da repressão aos sindicatos independentes, das prisões de líderes operários e da indicação de ‘pelegos’ como operários de confiança do Governo, da promulgação da Lei de Segurança Nacional, do estado de sítio e do estado de guerra, que foram utilizados como argumentos de força contra qualquer greve ou manifestação. Nesse contexto, aquilo que era uma tendência tornou-se uma orientação explícita com a deflagração da ditadura do Estado Novo, em 10 de novembro de 1937, e as teses contencionistas passaram a ser apresentadas como uma medida técnica, objetiva e indiscutível, e não como uma medida política. A preocupação central daí em diante era com a acumulação de reservas financeiras para alavancar o processo de industrialização no país e não a ampliação da prestação de serviços, o que atingiu também as aposentadorias e pensões, não só pela concessão de um menor número de benefícios, como também pela diminuição do valor médio pago a cada beneficiário.

Com o Estado Novo (1937-1945) aprofunda-se a tendência de estatização da economia brasileira, de modernização capitalista no Brasil, e a presença tuteladora do Estado fica mais nítida no plano social com a promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943. A consequência imediata é a liquidação das poucas e frágeis instituições democráticas, a despeito de serem exclusivamente urbanas, acelerando o processo de destruição dos remanescentes do Estado oligárquico. Com relação a esse último aspecto, Ianni (1991) diz que o Estado Novo representou uma vitória importante, ainda que parcial, da ‘cidade’ sobre o ‘campo’, uma vez que os setores burgueses mais fortes, apoiados pela força militar e em

aliança com setores da classe média, passaram a controlar o poder político e opinar sobre as decisões de política econômica.

Nesse período, foram implementadas diversas iniciativas⁴⁴ que procuravam prover a infra-estrutura (energia, transportes, comunicações etc.) e a produção de matérias-primas básicas (ferro e aço e, mais tarde, também petróleo) indispensáveis ao avanço do processo de acumulação de capital e que exigiam vultosos investimentos – empreendimentos econômicos para os quais o empresariado nacional não tinha recursos nem interesse em assumi-los. Considerando que, em 1937, 85,2% do total das reservas da Previdência Social estavam nas mãos do Estado, por meio da compra de papéis públicos, ela iria se tornando um dos mais importantes ‘sócios’ da união e das empresas semi-estatais então nascentes. A descoberta desse potencial da Previdência a tornou uma instituição financeira poderosa e está na base da manutenção e intensificação das medidas contencionistas, mesmo após a recuperação da economia. Em outras palavras, a Previdência tornou-se um importante mecanismo de acumulação financeira nas mãos do Estado, graças ao ‘regime de capitalização’.

O ‘modelo de capitalização’ ou de ‘seguro social’ funciona na base da constituição de reservas financeiras, que são investidas, de modo a defender o seu valor dos desgastes inflacionários, ou mesmo crescer em termos reais (...). Ocorre que esses investimentos eram feitos basicamente, à época, em ‘papéis’ do Estado, tais como títulos da dívida pública ou ações de empresas semi-estatais que começavam a ser criadas no período, seja por imposições legais formais que obrigavam as instituições da previdência a comprar esses ‘papéis’, seja porque eram efetivamente as melhores e mais seguras opções de investimentos em nosso incipiente mercado financeiro no período em questão. (Oliveira e Teixeira, 1986, p. 141)

Concretamente, ao centralizar nas mãos do Estado a contribuição previdenciária, que antes era administrada diretamente pelas CAPs, a Previdência torna-se um instrumento de acumulação, gerando recursos que seriam utilizados em apoio à industrialização. Numerosos decretos determinam o investimento compulsório das Caixas e IAPs em projetos estratégicos do Estado, tais como crédito agrícola e industrial nas áreas de celulose e madeira, na compra de ações da Companhia Siderúrgica Nacional, da Companhia Nacional de Álcalis e da Companhia Hidroelétrica do São Francisco. Essa prática se estende ao período pós-1945, com a constituição da Fábrica Nacional de Motores (1946), para a fabricação de locomotivas e a

⁴⁴ Foram criados, entre outros, o Conselho Nacional do Petróleo (1938); a Comissão de Defesa da Economia Nacional, o Instituto Nacional do Sal e a Fábrica Nacional de Motores (1940); a Companhia Siderúrgica Nacional (1941); o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) (1942); a Coordenação da Mobilização Econômica, a Companhia Nacional de Álcalis, a Usina Siderúrgica de Volta Redonda e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (1943); o Conselho Nacional de Política Industrial e Comercial (1944); e a Companhia Hidroelétrica do São Francisco (1945).

eletrificação de ferrovias (1946) e para a constituição do BNDE, futuro BNDES (1952). A anistia fiscal de empresas estatais em débito com a Previdência foi outra forma indireta de transferência de recursos, como no caso da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré (1946). Oliveira e Teixeira (1986) dizem ainda que a maioria dos regulamentos dos IAPs previa a concessão de empréstimos diretamente a empresários privados, como nos casos do IAPI⁴⁵ – empresários da indústria – e do IAPC – empresários do comércio –, além de permitir excepcionalmente o depósito de suas reservas em bancos privados, pois a disposição ordinária era de que as reservas fossem aplicadas no Banco do Brasil. Portanto, num contexto em que os gastos sociais, particularmente em assistência médica, eram considerados ‘improdutivos’, e na medida em que essa assistência é apresentada não como um direito, mas como uma concessão,⁴⁶ não havia espaço para a abertura de hospitais próprios pelo governo federal, sendo a opção preferencial a compra de serviços médico-hospitalares do setor privado.

Assim, a maioria das enfermeiras diplomadas pela Escola Anna Nery é incorporada não no trabalho hospitalar, mas nos serviços de saúde pública nos diversos estados brasileiros, atuando junto com os interventores na organização de centros de saúde e postos de saúde, no treinamento das visitadoras sanitárias e na docência. No entanto, com a expansão do setor privado de saúde, os postos de trabalho desse ainda incipiente mercado de trabalho hospitalar seriam ocupados majoritariamente pelos práticos de enfermagem, que atuavam principalmente nas atividades de cuidados, mas também na gerência do trabalho de enfermagem. As poucas enfermeiras contratadas eram destinadas às atividades de organização do serviço de enfermagem – elaboração e implantação de rotinas de funcionamento e treinamento de pessoal em serviço –, à chefia do serviço de enfermagem e supervisão e à organização de salas de operação, sendo submetidas, assim como os práticos de enfermagem, às precárias condições de trabalho e aos baixos salários – uma condição que não era exclusiva dos trabalhadores de enfermagem, mas do conjunto dos trabalhadores urbanos, ainda mais considerando o contexto de guerra.

⁴⁵ O IAPI, criado em 1936, tornou-se ao longo do tempo o maior dos IAPs, abarcando mais da metade dos segurados da Previdência Social brasileira. No seu decreto de criação introduziu-se um novo conceito: o de contribuição suplementar, isto é, se a assistência médico-hospitalar não era uma atribuição obrigatória, então é preciso pagar, à parte, pelo direito a ela. Nesses termos, os superávits do IAPI não eram um fenômeno momentâneo, mas sim uma tendência permanente desse instituto, dado pela forma de organização do seu modelo previdenciário, o regime de capitalização. De fato, para Oliveira e Teixeira (1986), o IAPI estava organizado mais para ‘acumular’ do que para gastar com seus segurados. Só em 1950, em outra conjuntura, é que esse instituto estabeleceria os serviços médico-hospitalares.

⁴⁶ Fonseca (2007, p. 54-59), ao discutir a política sanitária pós-1930, também identifica a separação entre as noções de direito à saúde e seu usufruto. Apesar do caráter mais universal das suas ações, o acesso aos serviços de saúde não era usufruído como uma conquista social, mas sim como um benefício oferecido pelo poder público.

A Segunda Guerra Mundial (1939-1945) produziu uma crise particularmente profunda no conjunto do sistema econômico e financeiro, que se refletiu na queda repentina das exportações de café, na escassez de acesso aos produtos importados, no crescimento rápido da demanda por material bélico e na onda inflacionária, que agravou a situação econômica e social dos assalariados urbanos, particularmente o proletariado. Foi no bojo dessa crise e das transformações do sistema econômico-social e político, que novamente expuseram as limitações do capitalismo no país, que se criaram as condições para a elaboração de novas técnicas de ação, com o objetivo de expandir o setor industrial brasileiro e conseqüentemente acelerar a substituição de importações para satisfazer as necessidades de consumo da população. O próprio debate adquiriu novos conteúdos, como a discussão em torno da formulação de estratégias políticas para enfrentar os problemas do desenvolvimento econômico e o problema da democratização, em relação à economia e ao esforço de guerra. “Ou seja, recolocou-se a problemática das relações entre o poder político e o poder econômico” (Ianni, 1991, p. 62). Estava em jogo, para este autor, uma nova fase da economia brasileira, com novas forças políticas e econômicas em confronto no país.

O clima de ‘economia de guerra’ levou o Governo Vargas a criar, em 1942, a Coordenação da Mobilização Econômica, que se tornou um superministério responsável pela coordenação de assuntos econômicos, financeiros, tecnológicos e organizativos da economia nacional. Foi a partir dessa coordenação que se mobilizaram os trabalhadores para os seringais da Amazônia,⁴⁷ assim como se fixou o salário mínimo para as diferentes regiões do país e se criou o Setor da Produção Industrial destinado a planejar o funcionamento e a expansão do setor manufatureiro, que tinha entre suas atribuições promover a formação de técnicos especializados para a indústria. As condições criadas pela economia de guerra revelaram a necessidade e a urgência de se modernizarem os padrões de organização e funcionamento das empresas. Então, entre outras iniciativas, passou-se a preconizar o preparo de técnicos, administradores e chefes com a criação de escolas profissionais, o que se agravou pelo fato de que o contexto de guerra, da mesma forma que dificultava a importação de

⁴⁷ Em 1942, em convênio com o Instituto de Assuntos Interamericanos (Iaia), subordinado ao Departamento de Estado norte-americano, o governo brasileiro criou o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), uma agência internacional que atuou no país entre 1942 e 1960, com o objetivo de proteger os soldados americanos enviados às bases militares no Brasil contra as chamadas doenças tropicais, assim como os trabalhadores brasileiros envolvidos na extração da borracha nos seringais da Amazônia e na extração de minério de ferro no Vale do Rio Doce, matérias-primas estratégicas para os exércitos aliados no contexto da Segunda Guerra Mundial. Em 1960, tornou-se Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp), perdendo o *status* de agência internacional, e em 1990 foi extinta, sendo seus quadros incorporados à Superintendência de Campanhas, integrando a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), conforme Campos (2006).

produtos industrializados, dificultava a importação de pessoal técnico qualificado, como vinha acontecendo até então, dado que a guerra estava contendo a exportação de mão-de-obra qualificada dos países europeus para o Brasil. Isso exigia uma redefinição da política de ensino técnico profissional que, conforme a Constituição de 1937, art. 129, era o primeiro dever do Estado em matéria de educação e “*destinado às classes menos favorecidas*” (Romanelli, 2002, p. 153, grifo da autora).⁴⁸

Segundo Neves e Pronko (2008), foi no bojo desse debate sobre a política de ensino técnico-profissional que se configurou uma escolarização de cunho tecnológico realizada nas escolas técnicas de nível médio. Nesse momento, estabeleceu-se uma distinção fundamental entre as ‘escolas industriais’ de nível médio e caráter tecnológico, mais tarde ‘escolas técnicas federais’, destinadas à formação para o trabalho complexo; e a formação técnico-profissional, representada pelos cursos de aprendizagem e de formação básica (treinamento), orientados para a formação para o trabalho simples, principalmente por meio do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai).⁴⁹ Dessa forma, se estabeleceu uma estrutura educacional dual, pois enquanto o Estado assumia diretamente a organização e a implementação do ramo tecnológico, os empresários assumiam a formação técnico-profissional voltada para a utilização direta e imediata na produção de bens e serviços, principalmente da força de trabalho já engajada na produção. O patamar mínimo de escolarização para a formação do trabalho simples era, até então, a educação primária.

Nesse cenário, a ABEn e a Escola Anna Nery iniciam a discussão sobre a necessidade de formação profissional de auxiliares de enfermagem, dado o movimento de expansão e modernização da rede hospitalar privada, da rede pública estadual⁵⁰ e da deficiência numérica de enfermeiras diplomadas, porém exigindo certificado escolar e com a formação sob seu controle. O tempo de formação dessas enfermeiras era de 36 meses, na época, e após 18 anos

⁴⁸ Em 1942, foram promulgadas a Lei Orgânica de Ensino Industrial (decreto-lei n. 4.073, de 30/1/1942), a Lei Orgânica do Ensino Secundário (decreto-lei n. 4.244, de 9/4/1942) e a Lei Orgânica do Ensino Comercial (decreto-lei n. 6.141, de 28/12/1943). Foi criado também o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) (decreto-lei n. 4.048, de 22/1/1942).

⁴⁹ Para Neves e Pronko (2008), a escolarização tecnológica não deve ser confundida com as atividades de formação técnico-profissional, que visam ao desenvolvimento de habilidades específicas voltadas para a utilização imediata e direta na produção de bens e serviços por meio do treinamento dos trabalhadores, tais como realizadas então pelo Senai, instituição modelar do conhecido ‘Sistema S’. Atualmente, tal sistema está organizado em torno dos Serviços Nacionais de Aprendizagem, mantidos com contribuições parafiscais das empresas privadas, tais como o próprio Senai, o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), o Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (Senar), o Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte (Senat) e o Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo (Sescoop). Além desses serviços nacionais, o ‘Sistema S’ é formado pelo Serviço Social da Indústria (Sesi), o Serviço Social do Comércio (Sesc), o Serviço Social do Transporte (Sest) e o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae).

⁵⁰ Por iniciativa da Prefeitura do Distrito Federal foram criados, nesse período, os atuais hospitais Jesus, Miguel Couto, Carlos Chagas, Getúlio Vargas, Paulino Werneck e Salgado Filho, e as maternidades Herculano Pinheiro e Carmela Dutra. Em São Paulo, foram inaugurados o Hospital São Paulo e o Hospital das Clínicas de São Paulo.

de criação da Escola Anna Nery (1923-1941), só havia no país seis escolas de enfermagem e se haviam diplomado 1.300 enfermeiras. “Diante desses números, a solução que pareceu viável, na ocasião, considerada então de ‘emergência’, foi a criação de cursos regulares que pudessem preparar pessoal em larga escala para a assistência direta aos internados em hospitais” (Carvalho, 1976, p. 188, destaque nosso).

Em 1941, é criado nessa escola o primeiro curso para a formação profissional de auxiliares de enfermagem, com 18 meses de duração, exclusivamente profissionalizante, destinado a maiores de 16 anos de idade e portadores de certificado de conclusão do antigo ensino primário. Entretanto, na prática, o preparo de pessoal em ‘larga escala’ para a área foi resolvido por outra política concorrente: os cursos de enfermagem de guerra.

Em 1942 e 1943 intensifica-se a abertura dessa modalidade de curso pela Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira, vinculada ao Ministério da Guerra, voltada para situações de guerra. Em 1942, essa escola oferece 44 cursos de enfermagem, que formaram cerca de 2.500 voluntárias socorristas no período de três meses. Além desse curso, havia o de samaritanas, de um ano de duração. Nesse mesmo ano, das 222 alunas matriculadas na Escola Anna Nery, 75 (que não eram internas) faziam o curso de guerra, e das 67 enfermeiras que seguiram com as tropas brasileiras da Força Expedicionária Brasileira (FEB) para a Itália, com o objetivo de servir em quatro diferentes hospitais do exército norte-americano, apenas oito eram enfermeiras diplomadas; as restantes eram samaritanas, voluntárias socorristas, e uma era parteira. Foram formadas pelas Escolas Anna Nery, Alfredo Pinto, Cruz Vermelha Brasileira e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Cytrynowicz, 2000).⁵¹

Esse contexto, além de engendrar uma das mais persuasivas imagens do Estado, a da pátria-mãe, utilizando a enfermagem e as enfermeiras como profissão-modelo para preparar mulheres para servir à sociedade e ao Estado, forneceu uma reserva de mão-de-obra feminina disponível para a expansão do mercado de trabalho em saúde no período seguinte. Uma expansão que seria consequência da intensa urbanização verificada no país nos anos 1940 e 1950, da derrota das teses contencionistas da Previdência Social e, principalmente, da mudança do padrão de acumulação de capital a partir de 1956, quando a transformação e a

⁵¹ O envio das tropas iniciou-se em julho de 1944. Além desse grupo, seguiram com a Força Área Brasileira (FAB) seis enfermeiras, todas profissionais, formadas pela Escola Anna Nery. Em 1943, o decreto-lei n. 6.097, de 13/12/1943, criou o quadro de enfermeiras da reserva do Exército, e em 1944 o decreto-lei n. 6.663, de 7/7/1944, criou o quadro de enfermeiras da reserva da Aeronáutica. Para Cytrynowicz (2000), a participação das enfermeiras na Segunda Guerra Mundial representou um marco institucional importante para o fortalecimento da enfermagem moderna.

ampliação da economia conformaram, no país, uma dinâmica de acumulação especificamente capitalista. A partir daí, a medicina previdenciária se tornaria um requerimento efetivo para a reprodução da força de trabalho, ao mesmo tempo que o próprio processo de trabalho hospitalar começaria a ser transformado.

2.5 A expansão da medicina previdenciária e a criação do auxiliar de enfermagem, ou sobre a organização do ensino em graus

Com a deposição de Getúlio Vargas em 29 de outubro de 1945, por um Golpe de Estado organizado por forças civis e militares, desmantelou-se quase tudo que estivesse identificado com o Estado Novo e sua figura. Lideradas pela União Democrática Nacional (UDN), as forças oposicionistas abriram o país ao capital estrangeiro, sem discriminações, em nome de princípios liberais, ao mesmo tempo que eliminaram os órgãos estatais vinculados ao intervencionismo e desmontaram a nascente tecnoestrutura construída nos anos anteriores. No Governo do General Eurico Gaspar Dutra (1946-1950), abandonou-se a ideia de que seria possível realizar um capitalismo relativamente autônomo no Brasil. “Ao recusarem-se as diretrizes e técnicas específicas da política econômica nacionalista, adotavam-se diretrizes e técnicas que iriam reforçar a interdependência e redefinir as condições de dependência” (Ianni, 1991, p. 93).

Esse período é caracterizado pelo abandono de uma política de desenvolvimento econômico e intervenção estatal na economia em prol de uma política de redução das funções econômicas do poder público e descompromisso com o desenvolvimento econômico. Em nome do liberalismo econômico e da democracia representativa, ainda que autoritário e repressivo, o Governo Dutra rompeu com a orientação predominante dos anos anteriores e colocou-se numa posição menos ativa do que aquela dos anos de guerra. Do ponto de vista ideológico, o esteio foi a doutrina liberal e a ‘livre iniciativa’; do ponto de vista prático, a política econômica serviu principalmente aos interesses mais imediatos da empresa privada, nacional e estrangeira. Isso se expressa particularmente na política salarial adotada, pois a despeito da crescente inflação, que reduziu o poder aquisitivo dos assalariados da indústria, não houve elevação do salário mínimo no período. “Ou melhor, a política salarial adotada

pelo governo era, de fato, uma política de *confisco salarial*. Assim, enquanto ocorria uma redistribuição altamente regressiva da renda (...) aumentava a taxa de lucro e acentuava-se o processo de acumulação do capital do setor privado” (Ianni, 1991, p. 110, grifo do autor).

De todo modo, a assim chamada ‘redemocratização do país’ permitiu um certo grau de expressão das reivindicações das massas urbanas e de participação no debate político nacional. Nesse período, o Partido Comunista do Brasil (PCB) transformou-se num partido significativo nacionalmente, tornando-se em pouco tempo o quarto partido em força eleitoral e um dos primeiros em capacidade de organização e mobilização, até ser jogado na clandestinidade em 1947. Paralelamente, cresceu a importância relativa do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), que passou a mobilizar o proletariado industrial nos principais centros urbanos do país, o que fez ressurgir Vargas como líder popular.

No âmbito da Previdência Social, esse quadro político teve nítidos reflexos. Aos poucos foram sendo abandonadas as teses contencionistas, e a tendência passou a ser a da incorporação pelo Estado das pressões dos segurados no sentido da ampliação e valorização dos planos de benefícios e serviços. O grande debate que se instaurou nesse momento e se estendeu até 1966 foi a questão da unificação do sistema. A Constituição Federal de 1946, art. 157, incorporou a assistência médico-hospitalar e preventiva para os trabalhadores como uma atribuição previdenciária, consolidando o vínculo entre previdência e assistência médica, permitindo a partir daí uma importante expansão dos serviços próprios dos IAPs. Ainda em 1945, o decreto-lei n. 8.450, de 26/12/1945, instituiu o regime de assistência médica e hospitalar dos servidores federais no âmbito do Ipase, o que determinaria a inauguração do Hospital dos Servidores do Estado. Em 1946, o decreto n. 21.042, de 1/5/1946, dispôs sobre a ampliação do Hospital dos Marítimos no Distrito Federal, e em 1948 e 1949 verificou-se um *boom* de abertura de serviços próprios.⁵²

⁵² O IAPM adquiriu um hospital de sessenta leitos em Belém (Pará), construiu um de seiscentos leitos e remodelou sua clínica de tisiologia no Distrito Federal, instalou um ambulatório em Recife (Pernambuco) e outro em Caravelas (Bahia). O IAPB ampliou sua rede de sanatórios para tuberculose, passando a contar com um no Distrito Federal, um em Santo Antônio (São Paulo), um em Belo Horizonte (Minas Gerais) e um em Fortaleza (Ceará). O Iapetec inaugurou, no Rio de Janeiro, o seu hospital, e construiu hospitais em Recife, Salvador e São Paulo, com respectivamente 350, 350 e 500 leitos. Instalou cinco postos médicos, respectivamente, no Distrito Federal, Espírito Santo, Maranhão, Paraíba e Rio Grande do Norte; ambulatórios em seis cidades da Bahia, quatro cidades do Ceará, duas cidades do Espírito Santo, um em Minas Gerais, três em Mato Grosso, um no Paraná, um no Rio Grande do Norte, um em Sergipe, um no Rio de Janeiro, dois no Rio Grande do Sul e quatorze em São Paulo. Além disso, instalou serviços de pronto-socorro, conjunto cirúrgico de emergência e Seção de Recuperação Profissional em São Paulo, e em 1949 inaugurou mais nove ambulatórios, passando a contar então com 123 em todo o país. O Ipase, em 1948, inaugurou ambulatórios em Belo Horizonte, Salvador, João Pessoa, Natal e Niterói, e em 1949 mais ambulatórios nos estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. O IAPC, em 1949, inaugurou seu hospital próprio no Distrito Federal e cinco ambulatórios respectivamente em cidades do Pará, São Paulo, Paraná, Rio de Janeiro e no Distrito Federal. Finalmente, o IAPI começou, em 1950, a construir seus primeiros ambulatórios no Distrito Federal, em São Paulo e Niterói. Ainda em

Portanto, mudou-se completamente a orientação dessas instituições. Em apenas dois anos, ampliou-se o número de hospitais próprios, além de dezenas de ambulatorios por todo o país. Se até 1948 não existiam mais do que cinco hospitais próprios dos IAPs, em 1950 eles somavam nove; em 1966 seriam 28 e, em 1978, 32 – o que fez com que se pudesse caracterizar o período de 1945 à unificação dos IAPs, em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), como correspondendo a um verdadeiro *boom* de expansão do setor próprio da assistência médica previdenciária, segundo Oliveira e Teixeira (1986). Os serviços médicos passaram a ser pensados em termos amplos e não mais como algo provisório, complementar, secundário ou subsidiário.

A partir de 1949, o principal bastião das teses contencionistas e do regime de capitalização, os industriários, passaram a defender, ao contrário do que vinham fazendo até então, a conveniência da assistência médica por meio do IAPI, com o argumento de que a previdência dispndia muito dinheiro com benefícios por doença e invalidez e que, portanto, serviços médicos assistenciais e de recuperação poderiam não só diminuir essas despesas como ainda aumentar a receita, pelo retorno mais rápido dos segurados em benefício à situação de segurados ativos.⁵³

Se por um lado tal situação tem a ver com o contexto interno de oposição cada vez mais generalizada dos segurados às teses contencionistas e do próprio governo federal, por outro essa mudança no discurso tem a ver também com o contexto de ‘Guerra Fria’ que emergiu após a Segunda Guerra Mundial, com o Estado assumindo um papel claramente interventor na economia e na área social, como veremos no próximo capítulo. Em outras palavras, tem a ver com a difusão das ideias de *Sir William Beveridge* e sua noção de seguridade social. Ele ficou famoso com o plano de reestruturação da Previdência Social na Inglaterra, o que correspondeu a uma mudança radical na concepção de previdência vigente até a Segunda Guerra Mundial. O final da guerra testemunharia um esforço dos países

1949, o decreto n. 27.664, de 30/12/1949, criou o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (Samdu), entendido como uma “comunidade de serviços”, isto é, unificando o atendimento aos segurados dos diversos IAPs e CAPs, não se restringindo à assistência domiciliar e de urgência, mas prevendo também a prestação de assistência médica. Esse sistema de atendimento domiciliar e de urgência gerou uma pressão sobre o conjunto da assistência médica, contribuindo para que entre 1949 e 1952 os gastos com assistência médico-hospitalar tivessem um crescimento real de mais de três vezes.

⁵³ Apesar de construir seus primeiros ambulatorios a partir dos anos 1950, o IAPI considerava a compra de serviços médicos e hospitalares a melhor alternativa, um fator de economia para as instituições previdenciárias, e não uma alternativa provisória para solucionar os problemas de assistência médica. Os industriários eram atendidos pelos serviços médicos das fábricas, pelos serviços assistenciais do Serviço Social da Indústria (Sesi) – criado em 1946, sendo organizado e dirigido pela Confederação Nacional da Indústria –, por médicos em seus consultórios particulares e hospitais contratados diretamente pelas empresas empregadoras (Bahia, 2005).

capitalistas centrais no sentido de repensar as políticas sociais e as atribuições do Estado nessa área.

Este movimento corresponde, na verdade, a parte de um amplo processo de enfrentamento, no plano ideológico, simultaneamente aos projetos fascista e socialista de organização da sociedade, o primeiro dos quais, apesar de derrotado militarmente, demonstrara ter encontrado significativa aceitação em amplos setores de diversos países; enquanto o segundo estava em plena ascensão ao final do conflito. A inclusão de temas ‘sociais’ na ‘Carta do Atlântico’, assinada pelos ‘aliados’ após a guerra; o papel atribuído ao Bureau Internacional do Trabalho; e o ‘Plano Beveridge’ são marcos deste grande projeto de hegemonia então em desenvolvimento. A ‘democracia liberal’ procurava demonstrar, em síntese, que, como seus interlocutores, também tinha uma proposta avançada para a satisfação das ‘necessidades sociais’. (Oliveira e Teixeira, 1986, p. 176)

Na área da Previdência brasileira, passou-se a criticar a forma liberal de organização com base na ideia do seguro-social com lógica de funcionamento idêntica à do seguro comercial privado, e a disseminar a noção de seguridade social que, na sua forma pura, nunca foi estabelecida no Brasil.⁵⁴ A diferença doutrinária entre as duas concepções é profunda, pois enquanto o Seguro Social era uma prática basicamente civil, organizada e tornada compulsória pelo Estado para certas categorias, a noção de Seguridade Social partia da ideia de que o Estado tem obrigações naturais e inalienáveis para com qualquer cidadão, com o bem-estar da população como um todo, o que implicava uma intervenção ativa dele. Entre os organismos internacionais, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919, logo após a Primeira Guerra Mundial, passou a divulgar intensamente essas teses, promovendo reuniões internacionais, produzindo documentos, realizando encontros, congressos, cursos, revendo convenções internacionais sobre o tema etc., do que participaram os industriários do IAPI.

Dessa forma, a Previdência Social brasileira vai abandonando o ‘regime de capitalização’ e caminhando paulatinamente para o ‘regime de repartição’, ou seja, “ela tendia a tornar-se um mero repassador aos segurados, na forma de benefícios pecuniários e de serviços, do total da receita arrecadada” (Oliveira e Teixeira, 1986, p. 151). Entretanto, como chama a atenção Cordeiro (1984), a expansão da medicina previdenciária não se deu à

⁵⁴ As ideias centrais da seguridade social partem do pressuposto de que é um sistema em que cada um deve colaborar (ou mesmo não colaborar) segundo a sua própria capacidade contributiva e que possa garantir a qualquer cidadão, em caso de necessidade, um mínimo necessário à subsistência, um padrão mínimo de bem-estar. A concessão desse mínimo deve ser independente dos motivos pelos quais o indivíduo em questão caiu em situação de necessidade; deve, inclusive, ser independente do fato de o indivíduo ter contribuído ou não, previamente, para a Previdência. Finalmente, a Seguridade Social deve ser mais do que um sistema de concessão de benefícios; ela deve se organizar como uma Política de Seguridade Social, uma política social ampla que forneça, além dos benefícios pecuniários tradicionais, ações de saúde, higiene, educação, habitação, garantia de pleno emprego, redistribuição de renda etc., o que não conhecemos no Brasil.

margem ou de forma contrária aos interesses privados no interior do setor saúde. Em 1950, 53,9% dos leitos hospitalares existentes no país já eram privados, e em 1960 o percentual era de 62,1%, dos quais 14,4% pertenciam a entidades com fins lucrativos, delineando a partir daí uma tendência à predominância do setor empresarial lucrativo sobre o religioso, filantrópico e mutualista.

Outros estudos (Braga e Paula, 1981; Bahia, 2005) corroboram essa análise ao apontar que, ao mesmo tempo que se expandia a medicina previdenciária, já se montava no país uma forte estrutura de base hospitalar de natureza privada com a formação das empresas médicas. A partir dos anos 1950, a rede privada conheceria as maiores taxas de crescimento, abandonando pouco a pouco o seu caráter filantrópico, em favor do critério da lucratividade, verificando-se em todo o país, no período de 1946 a 1964, que enquanto o número de hospitais privados aumentou de 1.305 para 2.390, o de hospitais públicos ficou constante (442 em 1946 e 457 em 1964).

Tal expansão da assistência médica, que paulatinamente tornou a área de saúde um setor rentável para o capital, foi consequência do desenvolvimento da urbanização e da industrialização, mas também do desenvolvimento de um pensamento econômico sobre a saúde no âmbito do pensamento neoclássico, que será abordado no próximo capítulo.

Nesse processo de ampliação da assistência médico-hospitalar, foram promulgados os decretos-leis n. 8.345, de 10/12/1945, e n. 8.778, de 22/1/1946. O primeiro decreto “dispõe sobre habilitação para o exercício profissional” de diversas profissões práticas, entre elas a de prático de enfermagem, exigindo para o seu exercício o exame de habilitação e a inscrição no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e nos serviços sanitários estaduais. O segundo decreto “regula os exames de habilitação para os Auxiliares de Enfermagem”, mas trata na verdade dos exames de habilitação dos práticos de enfermagem.

Neste último, o art. 1º esclarece que “os enfermeiros práticos (...) que tenham mais de ‘dois anos de efetivo exercício de enfermagem’ em estabelecimentos hospitalares” (destaque nosso) poderiam se submeter a exames de habilitação que lhes facultariam o certificado de “prático de enfermagem”. A comprovação do “tirocínio prático” (parágrafo único, art. 1º) deveria ser atestada por diretores de hospitais onde o candidato tivesse trabalhado ou ainda estivesse trabalhando. O exame seria realizado nas Escolas de Enfermagem oficiais ou reconhecidas, ou mesmo nos hospitais dos diversos estados brasileiros, mas perante uma comissão nomeada pelo diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS),

preferencialmente composta por três enfermeiras diplomadas (art. 8º). Previam-se duas provas, uma escrita e outra prático-oral, com conteúdos eminentemente profissionalizantes, além de um estágio de cinco dias, no mínimo, em enfermaria indicada pela banca examinadora para a demonstração dos conhecimentos práticos de enfermagem. O certificado não tinha validade nacional e concedia ao seu portador “o direito de servir como ‘atendente’ de doentes em hospitais, maternidades, enfermarias e ambulatórios, no Estado em que for expedido” (art. 13º, destaque nosso).

Esse decreto, portanto, diminuiu o tempo de formação prática para dois anos, com o objetivo de acelerar o reconhecimento dos práticos de enfermagem, mas tratou-os com ambiguidade, denominando-os ao mesmo tempo de auxiliares de enfermagem e de atendentes. Uma ambiguidade que seria resolvida por um instrumento legal – lei n. 775, de 6/8/1949, que oficializou a criação dos cursos para formação de auxiliares de enfermagem – e por uma tradição que daí em diante passaria a ser construída. Ou seja, todo aquele que não é um prático de enfermagem reconhecido legalmente, seja porque se recusou a se submeter ao exame diante das enfermeiras diplomadas, seja porque não tinha dinheiro para pagar a inscrição do exame, ou mesmo o grande contingente de mulheres treinadas nos ‘cursos de guerra’, passou a ser denominado de *atendente de enfermagem*. Concretamente, não havia diferença nas atribuições profissionais de práticos, atendentes e auxiliares de enfermagem. O que diferencia os dois primeiros é a posse do certificado profissional, expedido a partir do momento em que o ‘tirocínio prático’ foi reconhecido por um exame de qualificação prática; e o que diferencia os práticos e os atendentes dos auxiliares é que estes detêm, além do ‘tirocínio prático’, a posse da qualificação escolar, um aspecto distintivo que oficializa a seletividade por meio dos exames de admissão.

É isso, fundamentalmente, que iria exigir a lei n. 775/1949, ao “dispor sobre o ensino de enfermagem no País”. Essa lei definiu dois tipos de cursos: o de enfermagem e o de auxiliares de enfermagem. Para a formação de enfermeiros(as), com duração de 36 meses, exigia a conclusão do curso secundário e com direito ao diploma no final do curso. Entretanto, permitiu durante sete anos, isto é, até 1956, a apresentação do certificado de conclusão do curso ginásial para a matrícula. Nesse ano, outra legislação (lei n. 2.995, de 10/12/1956) prorrogou por mais cinco anos, ou até 1961, a permissão de matrícula apenas com o certificado de conclusão do ginásio.

Dessa forma, como diz Almeida (1986), a formação de enfermeiras no Brasil, de 1949 a 1961, era de ‘nível médio’, mesmo considerando que algumas escolas de enfermagem já estivessem integradas às universidades, como a Escola Anna Nery, que em 1945 foi incluída entre os estabelecimentos de ensino superior da Universidade do Brasil (lei n. 8.393, de 17/12/1945). De fato, a enfermagem só se tornaria um curso de nível superior com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1961.

Para Nakamae (1987), tal situação é decorrente da escassa procura pelo curso de enfermagem, e supomos que há duas ordens de razões. A primeira está associada ao estigma social vinculado ao trabalho de enfermagem, visto como um trabalho de escravo, manual, degradante e vil, apesar do esforço das enfermeiras diplomadas e do próprio Estado brasileiro em estimular as mulheres para esse tipo de trabalho, como ocorreu no contexto da guerra. A outra razão é resultado da política educacional, que restringia o acesso da maioria da população à escola. Em 1950, metade da população brasileira era analfabeta e a outra metade possuía, na sua maioria, quatro anos de escolaridade.⁵⁵ Por sua vez, a oferta do ramo secundário e superior era bastante restrita em relação à população que saía das escolas primárias.

Com a lei n. 775/1949, o reconhecimento das escolas de enfermagem passaria a ser realizado pelo Ministério da Educação e Saúde e não mais exigia a equiparação com a Escola Anna Nery, tal qual determinava o decreto n. 20.109/1931. Essa lei definia também que “em cada Centro Universitário ou sede de Faculdade de Medicina deverá haver ‘escola de enfermagem, com os dois cursos’” (art. 20, destaque nosso), o que não atendia à ementa encaminhada pela ABEn, que recomendou que os cursos auxiliares “não funcionassem junto às escolas de Enfermagem mas, de preferência, em hospitais gerais” (Carvalho, 1976, p. 190). Isso revela, em primeiro lugar, que o conteúdo da formação técnica desses trabalhadores deveria ser eminentemente prático; e em segundo lugar, que enquanto a formação das enfermeiras diplomadas deveria ocorrer nas instituições universitárias, para a formação para o trabalho complexo, a de auxiliares de enfermagem deveria ser nas instituições hospitalares, provavelmente em centros de formação profissional vinculados aos hospitais, sem autonomia

⁵⁵ Entre 1920 e 1940, a taxa de alfabetização da população brasileira cresceu 0,4% ao ano. Entre 1940 e 1950, o crescimento foi de 0,5% ao ano. Entre 1950 e 1960, foi de 1,2%, e entre 1960 e 1970, a taxa cresceu a 0,6% ao ano. Entre outras questões, o aumento dessa taxa a partir de 1950 deveu-se à instalação nos diversos municípios brasileiros das classes de ensino supletivo para pessoas de mais de 14 anos, realizada pela Campanha Nacional de Educação de Adultos e Adolescentes Analfabetos, no período de 13 anos (1947-1959). Para Romanelli (2002, principalmente p. 61-65), o ensino supletivo, de certa forma, incentivou a matrícula em cursos profissionais e pré-profissionais de nível primário.

administrativa, financeira e pedagógica, para a formação para o trabalho simples. Revela, outrossim, que a concepção dominante até então era de que o auxiliar de enfermagem era um profissional de ‘segunda categoria’, e nesse sentido não fazia parte da trajetória profissional do enfermeiro diplomado de ‘nível superior’.

Em outras palavras, a enfermagem moderna exigia a formação, mas em condições diferenciadas, daqueles que iriam realizar um trabalho mais intelectual e daqueles que iriam fazer um trabalho predominantemente manual. Reproduzia assim a dualidade educacional no seu interior com uma concepção de ‘escola’ destinada aos ‘desvalidos’, aos ‘menos aptos’, voltada para o treinamento imediato para a produção dos serviços de saúde, ao mesmo tempo que reforçava a ideia de que as ‘escolas’ de formação para auxiliares de enfermagem existiam para prover o serviço de enfermagem dos hospitais.

O curso de auxiliar de enfermagem, com duração de dezoito meses, exigia para a matrícula os certificados de conclusão do ‘curso primário’, de aprovação no exame de admissão ao primeiro ano ginásial e de aprovação no exame de admissão, que constava de uma prova com questões de português, aritmética, geografia e história do Brasil. No final do curso, o aluno recebia o certificado de auxiliar de enfermagem.

O decreto que regulamentou ambos os cursos (decreto n. 27.426, de 14/11/1949) explicitava que o objetivo desse curso era “o ‘adestramento’ de pessoal capaz de auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa” (art. 1º, destaque nosso), ou seja, referendava a ênfase no treinamento prático de caráter manual para o trabalho hospitalar, excluindo o auxiliar de enfermagem dos serviços de saúde pública. Aos alunos eram exigidas 44 horas semanais de atividade escolar, incluídos os estágios, durante os dezoito meses de curso, assegurados trinta dias de férias (art. 26), e o ensino somente poderia ser ministrado por enfermeiro (art. 29). O decreto previa também a realização de cursos de especialização, mas estes seriam destinados exclusivamente aos enfermeiros (art. 32). Entre as exigências para a autorização de funcionamento de ambos os cursos, o projeto de regimento da escola deveria assegurar a formação dos hábitos de disciplina necessários ao exercício da profissão, bem como impedir “o proselitismo de ideologias contrárias ao regime político vigente” (inciso g, art. 50).

Para Almeida (1986), a institucionalização do auxiliar de enfermagem marca o início formal da divisão do processo de trabalho na enfermagem. Segundo Dornelles (1995), no entanto, enquanto os outros profissionais (práticos de enfermagem, enfermeiros práticos,

visitadora sanitária, parteira prática, irmãs enfermeiras etc.) eram vistos como concorrentes, a enfermeira diplomada paulatinamente assumiria a tutela do auxiliar de enfermagem, passando inclusive a representar e defender os seus interesses nos Congressos de Enfermagem, que tiveram início em 1947.

De acordo com essa autora, “[as] relações instituídas entre a enfermeira e a auxiliar são diferentes daquelas travadas entre a enfermeira e os demais agentes da Enfermagem. Nestas há o predomínio do tutelamento; nas outras, da competição” (Dornelles, 1995, p. 134). Tanto é que a criação da União Nacional dos Auxiliares de Enfermagem (Unae), em 1951, tem origem na Escola Anna Nery, com uma estrutura organizativa semelhante à ABEn, atuando conjuntamente em várias demandas de projetos de lei ou ementas de projetos. O seu primeiro estatuto seguiu o estatuto daquela escola, em termos de finalidades, e prevendo a participação de enfermeiras diplomadas em seu conselho consultivo.

No entanto, para a ABEn, a lei n. 775/1949 era uma solução de emergência para preparar pessoal auxiliar a fim de atender à expansão da assistência médico-hospitalar e ambulatorial. Ela não correspondia ao ideal de formação e de construção de uma carreira profissional tal qual imaginada pelas enfermeiras diplomadas, tanto que rejeitava a possibilidade de os egressos desses cursos de dezoito meses terem acesso ao curso de formação de enfermeiras (Carvalho, 1976, p. 207, nota 4).

Influenciado no plano interno pelas discussões que, a partir de 1948, foram deflagradas em torno do anteprojeto de LDB, e no plano externo pela consultoria de enfermagem do Instituto de Assuntos Interamericanos (Iaia) – que já previa outros graus de ensino na enfermagem norte-americana –, e apesar das divergências entre as lideranças da enfermagem, o projeto que então começou a ser construído pela ABEn estabelecia uma trajetória de formação escolar idêntica aos outros ramos do ensino técnico profissional, integrando as matérias de cultura geral (geografia, história, matemática, português e ciências naturais) com as de formação profissional. Tomava como padrão de referência a recém-decretada Lei Orgânica do Ensino Normal, que previa após o ensino primário dois ciclos de formação.⁵⁶

⁵⁶ Em 1946, após a queda de Vargas, foi baixado o decreto-lei n. 8.530, de 2/1/1946 (Lei Orgânica do Ensino Normal), definindo que o curso normal de primeiro ciclo, com duração de quatro anos, tinha por objetivo a formação de regentes de ensino primário, e o de segundo ciclo, com duração de três anos, a formação de professor primário. Nesse mesmo ano, ainda foram baixados os seguintes decretos-leis: n. 8.529, de 2/1/1946 (Lei Orgânica do Ensino Primário); n. 8.621 e n. 8.622, de 10/1/1946, que criaram o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac); e o decreto-lei n. 9.613, de 20/8/1946 (Lei Orgânica do Ensino Agrícola).

Nos anos 1950, a diretriz então esboçada em relação ao ensino de enfermagem no país era a de construir uma trajetória escolar que se iniciasse no primeiro ciclo do ramo secundário (então chamado ciclo ginásial) para a ‘formação básica’ de auxiliares de enfermagem em quatro anos. Depois haveria um segundo ciclo (então chamado ciclo colegial) para a ‘formação profissional’ de técnicos de enfermagem em três anos, de cunho tecnológico, articulado ao curso da faculdade de enfermagem. Assim como nos outros ramos de ensino, a proposta definia que os egressos do ensino técnico só poderiam se candidatar ao curso superior de enfermagem.

Portanto, apesar da indefinição e das polêmicas em torno da relação entre nível de escolaridade e complexidade do trabalho, ou mesmo da necessidade do técnico de enfermagem, nesse momento esboçou-se um projeto de regulação de acesso ao mercado de trabalho, apoiado no credenciamento educacional em diferentes graus ou ciclos.⁵⁷ Do ponto de vista formal, as polêmicas em torno daquela relação só seriam resolvidas com a aprovação da segunda Lei do Exercício Profissional, na década de 1980, que definia para o técnico de enfermagem as ações consideradas mais complexas ou de maior cunho tecnológico.

Esse projeto, entretanto, teria que esperar, em primeiro lugar, pela inclusão do enfermeiro no quadro de profissional liberal, que ocorreria em 1962, e pela aprovação da lei n. 4.024, de 20/12/1961 – ou seja, 13 anos depois do início dessas discussões.⁵⁸ Só a partir desta lei foi autorizada a formação de técnico de enfermagem, mas então com uma lógica diferente das Leis Orgânicas do Ensino. Sob a influência da ABEn, o parágrafo único do art. 47 dessa lei definia que “o ensino técnico de grau médio abrange os seguintes cursos: a) industrial; b) agrícola; c) comercial. Parágrafo único. Os cursos técnicos de nível médio não especificados nessa lei serão regulamentados nos diferentes sistemas de ensino”.

A partir desse momento abriu-se a possibilidade de criação de cursos técnicos médios na área de saúde, mas os egressos passaram a poder se inscrever nos exames vestibulares de

⁵⁷ A esse respeito ver Dourado (1951, 1965). Haydée Dourado atuou como enfermeira da Seção de Enfermagem da Divisão de Organização Sanitária do Ministério de Educação e Saúde e, mais tarde, na Diretoria do Ensino Superior do MEC.

⁵⁸ Com essa lei, o sistema de ensino ficou organizado em três níveis: primário, médio e superior. O ensino médio abrangia o ensino secundário e o ensino técnico, ambos com dois ciclos de formação: o ciclo ginásial de quatro anos, ou primeiro ciclo, e o ciclo colegial de três anos, ou segundo ciclo. Portanto, o curso de auxiliar de enfermagem era um curso do ensino médio de primeiro ciclo. Porém, dependendo do nível de escolaridade exigido pelo estabelecimento escolar – a conclusão do curso primário ou a conclusão da 4ª série do primeiro ciclo –, ele poderia ser classificado como um curso do ciclo ginásial ou do ciclo colegial. Essa confusão permaneceria ao longo do tempo, mesmo após a aprovação da lei n. 5.692/1971, que reorganizou o ensino de primeiro e segundo graus no país, e só seria definitivamente resolvida após a aprovação da nova LDB (lei n. 9.394/1996) e do parecer CEB/CNE n. 10/2000. Este definiu o curso de auxiliar de enfermagem como de qualificação profissional, com exigência de conclusão do ensino fundamental, e o curso de técnico de enfermagem como de habilitação profissional, com exigência de se estar cursando ou haver concluído o ensino médio.

quaisquer cursos superiores, pois a lei n. 4.024/1961 determinou a equivalência do certificado de conclusão do ensino técnico ao segundo ciclo do ensino secundário (ensino médio), para fins de acesso.⁵⁹ Essa lei também tornou cursos de nível superior os cursos de enfermagem integrados às universidades, exigindo obrigatoriamente para o ingresso a conclusão do ensino médio, não permitindo mais o ensino fundamental.

Com a aprovação da LDB de 1961, portanto, a dualidade educacional entre um ramo científico/propedêutico que preparava para o ensino superior e um ramo técnico-profissionalizante terminal foi superada. Entretanto, se a dualidade no interior do ensino secundário tendeu a se atenuar, o caráter dual do sistema escolar permaneceu, “através da distinção entre um ensino médio tecnológico orientado para a formação para o trabalho complexo e uma formação técnico-profissional básica destinada aos segmentos populares com intuito de formar quadros inferiores da hierarquia sócio-educacional” (Neves e Pronko, 2008, p. 40). Essa lógica vai permear a formação profissional na área de enfermagem: uma formação tecnológica para os auxiliares e técnicos de enfermagem vinculada ao processo de escolarização regular, e uma formação técnico-profissional baseada em treinamentos para os atendentes de enfermagem, como veremos adiante.

No entanto, a formação de técnicos de enfermagem teria que esperar também a expansão da economia brasileira nos marcos da ‘modernização conservadora’, assim como a expansão e a consolidação dos hospitais como *locus* privilegiado do trabalhador coletivo e de concentração das tecnologias materiais decorrentes do avanço científico e tecnológico na área de saúde. A própria criação de um curso técnico no segundo ciclo do ramo secundário, na época, era contraditória com a aceitação de candidatas com o curso ginásial (primeiro ciclo do ramo secundário) para os cursos superiores de enfermagem.

Os anos seguintes demonstrariam, porém, que os cursos de auxiliares de enfermagem abertos sob a égide da lei n. 775/1949, ou mesmo depois da aprovação da LDB de 1961, não contribuíram de modo significativo para a formação da força de trabalho necessária ao trabalho em saúde no âmbito hospitalar. Entre 1941 e 1949, o número de concluintes foi

⁵⁹ Até então, não havia flexibilidade entre os vários ramos do ensino técnico e entre estes e o ensino secundário, o que significa que a trajetória escolar do aluno já era definida com o ingresso na 1ª série do ciclo ginásial do ensino técnico. Outro aspecto é que as leis orgânicas só permitiam o acesso ao ensino superior no ramo profissional correspondente. Para uma discussão sobre as “leis de equivalência” entre o ramo secundário e o ensino técnico que começaram a ser aprovadas em 1950, inclusive para o ensino normal, portanto bem antes da lei n. 4.024/1961, consultar Cunha (2000), especialmente capítulo 4, p. 151-179.

muito pequeno, formando-se apenas 126 auxiliares de enfermagem nos cinco cursos existentes (Nakamae, 1987; Carvalho, 1976).

Podemos supor que essa pequena quantidade de concluintes esteja relacionada, como aponta Romanelli (2002), com a baixa escolaridade da população e conseqüentemente com a baixa procura de candidatos com o ensino primário completo. Segundo essa autora, apesar da expansão do ensino ocorrida pós-1930, esta não foi suficiente para atingir a população em idade própria para receber educação escolar. Os dados sobre a população escolarizável e escolarizada entre 1940 e 1970, na faixa etária de 5 a 24 anos, demonstram que em 1940 mais de 80% da população nessa faixa etária encontravam-se fora da escola, e que em 1970 ainda permaneciam fora da escola cerca de 70% dessa mesma população.

Mas o baixo número de candidatos parece estar associado também à rigidez da legislação do ensino em enfermagem, que estabeleceu de antemão currículo, modos de funcionamento escolar padronizados para todos os cursos, formação profissional em horário integral durante dezoito meses e a obrigatoriedade de que o ensino fosse ministrado por enfermeiros. Exigências difíceis de serem cumpridas por aqueles que necessitavam trabalhar e difíceis de serem executadas pelas escolas de enfermagem, em face das restrições em termos de recursos e instalações e considerando o pequeno número de enfermeiros formados e disponíveis para a docência, o que foi apontado como a maior dificuldade. Além disso, o processo de reconhecimento do curso era muito burocrático, pois deveria passar pela Diretoria do Ensino Superior e depois pelo Conselho Nacional de Educação, para a emissão final de decreto presidencial, com base no parecer deste último.

Tanto é assim que, em 1954, a lei n. 2.367 (de 7/12/1954) permitiu a abertura de cursos volantes ou cursos de emergência para a formação de auxiliares de enfermagem, pelo período de dez anos, em todo o país. Apesar de manter o mesmo tempo de formação, essa lei autorizou não só as escolas de enfermagem oficiais ou reconhecidas como também os departamentos educacionais ou sanitários a organizarem esses cursos. Nos locais onde não existissem escolas, permitia também que eles fossem organizados em hospitais, desde que oferecessem condições para o ensino, exigindo pelo menos um enfermeiro no corpo docente e prevendo ‘auxílio’ às escolas oficiais e ‘subvenções’ às escolas privadas, além de bolsas aos estudantes.

Essas inovações permitiram a expansão dos cursos de auxiliares de enfermagem no período, pois, segundo os estudos da ABEn, em 1956 já existiam 41 cursos em funcionamento

e oito haviam pedido autorização para funcionar, totalizando, no final da década, 67 cursos no país. Na sua maioria eram cursos mantidos por entidades privadas, sendo que grande parte destas incluía, entre suas finalidades assistenciais, a manutenção dos hospitais. Esse aspecto revela não só a importância do hospital como centro da educação e da prática médica, mas também a concepção de que as escolas de enfermagem existiam para prover o hospital, de forma imediata, de pessoal de enfermagem necessário ao trabalho hospitalar, vigente até hoje (Carvalho, 1976; Silva, 1986).⁶⁰

Portanto, após 1945, pode-se dizer que do ponto de vista jurídico-legal e organizativo assiste-se ao progressivo processo de consolidação da enfermagem moderna no país e seu fortalecimento diante da enfermagem tradicional. Um processo que se iniciou com a aprovação do decreto n. 20.109/1931 e logo após com a incorporação da Escola Anna Nery como instituição complementar da Universidade do Brasil, em 1937. Em 1941, avançou com a implantação do primeiro Curso de Auxiliar de Enfermagem nessa escola, e em 1942 com o envolvimento da ABEn e da escola na Segunda Guerra Mundial. Em 1945, a Escola Anna Nery foi definitivamente incorporada como instituição de ensino superior da Universidade do Brasil; em 1946, sancionou-se o decreto que criou o curso de auxiliar de enfermagem; e, em 1949, regulamentou-se o ensino de enfermagem no país. A capacidade de organização da enfermagem moderna também aumentou devido à ampliação da representatividade da ABEn com a criação de 17 seções estaduais no período 1945-1955, com a organização dos Congressos Brasileiros de Enfermagem, que passaram a ser realizados a partir de 1947 (até 1955 ocorreram oito congressos), e com a criação da União Nacional dos Auxiliares de Enfermagem (Unae), em 1951.

Entretanto, na prática o que se verificou foi a incorporação dos chamados atendentes de enfermagem pelos serviços públicos e privados de saúde,⁶¹ certamente motivados pelo baixo custo dessa mão-de-obra se comparada à do enfermeiro e mesmo dos auxiliares de enfermagem, mas também pelo fato de que para os hospitais interessava incorporar pessoal destinado exclusivamente aos cuidados diretos do paciente, desde que o controle do trabalho

⁶⁰ Nesse período, expandiu-se também o número de escolas de enfermagem, existindo no final dos anos 1950, em todo o Brasil, 39 escolas, e assistiu-se, a partir desse momento, a um deslocamento das enfermeiras diplomadas do trabalho de saúde pública para o trabalho hospitalar. Enquanto “em 1943, entre 334 enfermeiras (...) diplomadas pela Escola Anna Nery, 221 (66%) trabalhavam [na] saúde pública e 32 (9,5%) (...) nos hospitais, [a partir de 1950] verificou-se que 49,4% (...) encontravam-se no campo hospitalar e 17,2% no campo da saúde pública” (Alcântara, 1963, *apud* Silva, 1986, p. 80).

⁶¹ O primeiro “Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil” realizado pela ABEn, financiado pela Fundação Rockefeller, em 1956-1957, revelou que 70,8% do pessoal que trabalhava nos hospitais não possuíam qualificação em cursos formais (Carvalho, 1976).

de enfermagem passou a ser executado – e permaneceu assim durante muito tempo – sob a responsabilidade dos próprios médicos. Para isso era dispensável o trabalho do enfermeiro, e do ponto de vista prático ou do cuidado direto não havia diferenças entre as atribuições do atendente e do auxiliar de enfermagem.

Diante dessa situação e em face da força política dos práticos e atendentes de enfermagem, organizados em torno do ‘Sindicatão’, não houve outra alternativa para a ABEn senão negociar o anteprojeto da primeira lei de regulamentação do exercício profissional da enfermagem, enviada à Câmara, que está na origem da lei n. 2.604, de 17/9/1955. A partir dos anos 1950, abriu-se um período de negociações e busca de consenso em torno desse projeto de lei, que temporariamente superou a contradição entre a enfermagem moderna e a tradicional. Em 1952, o ‘Sindicatão’ propôs à associação uma atuação conjunta para defesa dos interesses da profissão, que foi aceita, e em 1954 a ABEn participou das comemorações da Semana da Enfermagem organizada pelo sindicato.

Associamos a mudança temporária das relações entre sindicato e associação à consolidação da Enfermagem moderna e de seus representantes: a enfermeira e a auxiliar. Houve uma adequação dos agentes oriundos da Enfermagem dita tradicional àquela que denominamos de moderna, ao mesmo tempo que, ao tornar-se profissão de nível superior, a enfermeira assegurou sua hegemonia. A partir daí, podemos afirmar que a Enfermagem configurou uma equipe, cujo processo de trabalho foi gradativamente parcelado e executado sob o comando do enfermeiro. As relações então estabelecidas entre os diversos agentes de Enfermagem são qualitativamente diferentes daquelas desenvolvidas até este momento. (Dornelles, 1995, p. 135)

Com a lei n. 2.604/1955, ficaram estabelecidas seis categorias profissionais na enfermagem: enfermeiro, obstetriz, auxiliar de enfermagem, enfermeiro prático ou prático de enfermagem, parteira e parteira prática. Como auxiliares de enfermagem passaram a ser considerados aqueles formados sob a égide da lei n. 775/1949 e os diplomados pelas escolas e cursos de enfermagem das Forças Armadas; na qualidade de enfermeiros práticos ou práticos de enfermagem, todos aqueles amparados pelos decretos n. 22.257/1932 (irmãs de caridade), n. 23.774/1934 (práticos de enfermagem) e n. 8.778/1946 (que regulamentou os exames de habilitação dos práticos).

Quanto às atribuições, aos enfermeiros caberiam a direção dos serviços e o ensino de enfermagem, a direção das escolas e a participação em bancas examinadoras de práticos de enfermagem, não se determinando a estes nenhuma ação no âmbito da assistência ao paciente, exceto a supervisão das atividades das outras categorias. Os auxiliares de enfermagem,

enfermeiros práticos e práticos de enfermagem seriam os responsáveis por todas as atividades diretamente vinculadas ao cuidado de enfermagem, porém sem diferenças nas ações de um ou outro profissional. Apesar de o auxiliar possuir um certificado dos cursos primário e de enfermagem, a lei não estabeleceu atribuições específicas, indicando que do ponto de vista da prática de enfermagem não havia diferença de atuação entre esses trabalhadores.

Apenas no decreto n. 50.387, de 28/3/1961, que regulamentou a lei n. 2.604/1955, introduziu-se a ideia de que a enfermagem e suas funções auxiliares, ou seja, toda a equipe de enfermagem, deveriam executar ações de cuidado do doente e gestante, educação sanitária do paciente e grupos sociais, administrar medicamentos e prevenir doenças (art. 2º). Mas quem se responsabilizaria concretamente por essas ações, inclusive pelos procedimentos mais complexos, seriam os práticos e auxiliares de enfermagem. Não era tradição dos hospitais ter serviço de enfermagem em suas estruturas, e quando havia enfermeiro, a sua função principal era gerenciar o serviço, o trabalho das funções auxiliares, e organizar a ‘educação em serviço’ ou realizar treinamentos.⁶²

Com a lei de 1955, as enfermeiras diplomadas abriram mão de seus interesses corporativos estreitos, cujo exemplo mais contundente foi o decreto n. 20.109/1931. Os militares foram incluídos como auxiliares e não como práticos de enfermagem, ao mesmo tempo, que incorpora os práticos de enfermagem como categoria profissional da área, além dos outros profissionais. Para manter a liderança, as enfermeiras constroem uma lei não mais baseada na ‘eliminação’ dos seus concorrentes, e sim no consentimento. Mas as concessões têm limites, pois a subordinação e o controle do trabalho manual eram garantidos, reservando-se às enfermeiras o trabalho de cunho mais intelectual exercido pela gerência do serviço e do ensino de enfermagem. Conseguiu-se ainda a fixação do prazo de um ano para que o grande contingente de práticos de enfermagem se tornasse uma categoria de profissionais legalmente reconhecidos.

Entretanto, entre o prescrito legalmente e o real concreto pode não haver, como não houve, correspondência imediata, visto que a eficácia de uma lei, como refere Romanelli (2002), está subordinada a sua situação no contexto geral em que ela se aplica, sua integração e suas relações com esse contexto, sua adequação às necessidades sociais e às relações de

⁶² Para uma visão geral dos hospitais do ponto de vista da enfermeira, consultar Pinheiro (1951), à época, diretora da Divisão de Enfermagem do Sesp e anteriormente vice-diretora da Escola de Enfermagem de São Paulo.

forças sociais que podem torná-la mais ou menos eficaz. Depende ainda das condições de infra-estrutura existentes para sua própria execução.

Nesse ponto de vista, a lei representou mais uma ‘carta de intenções’ do que efetivamente um controle sobre o exercício profissional porque: 1) na prática, era pequeno o número de enfermeiras para ocupar, ao mesmo tempo, os postos de gestão dos serviços de saúde e a docência na área; 2) a organização e a gerência dos ‘serviços de enfermagem’, quando existiam, eram ocupadas tradicionalmente pelos práticos de enfermagem sob relações de compadrio e confiança, ou seja, não eram determinadas apenas em razão de custo-benefício; 3) com a lei n. 3.640, de 10/10/1959, revigorou-se o decreto-lei n. 8.778/1946, prorrogando-se pelo prazo de cinco anos o exame de habilitação para os práticos de enfermagem e dispensando desse exame aqueles com mais de vinte anos de efetivo exercício profissional; 4) a estrutura para a fiscalização do exercício profissional, por meio do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (SNFM), era precária, principalmente com a expansão dos serviços de saúde verificada nos anos 1950 e 1960, e possivelmente não constituía prioridade; 5) em 1961, com a regulamentação da lei n. 2.694/1955 pelo decreto n. 50.387, de 28/3/1961, garantiu-se aos militares registrados no SNFM, até a aprovação da lei n. 775/1949, o título de enfermeiro, e definiu-se com maior precisão quem é enfermeiro prático e prático de enfermagem. Mais que isso, subordinou explicitamente o trabalho de enfermagem ao trabalho médico, por uma série de deveres (art. 14) e proibições (art. 15) do pessoal de enfermagem, não previstas na lei n. 2.604/1955.

As questões enumeradas aqui, associadas à rigidez na formação profissional dos auxiliares de enfermagem, ao conjunto de mulheres treinadas em ‘tempo de guerra’ e ao contingente de mulheres e homens que migrariam do campo para a cidade nas décadas seguintes, disponíveis como força de trabalho, operaram como mecanismos importantes para que a expansão dos serviços de saúde privados, mas também públicos, se baseasse fundamentalmente em duas categorias profissionais polares: os médicos e os denominados atendentes de enfermagem. Tal polarização se verificou principalmente após 1966, com a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), no contexto de capitalização da medicina no país, como veremos no próximo capítulo.

3. CAPITALIZAÇÃO DA MEDICINA E A POLÍTICA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS TRABALHADORES TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE 1960 A 1980

3.1 O Estado interventor e o desenvolvimento do pensamento econômico em saúde

A questão fundamental neste item é apreender a relação existente entre a oligopolização da economia e o papel intervencionista do Estado,⁶³ pois essa relação nos ajuda a entender a emergência da teoria do capital humano, tanto como uma teoria do desenvolvimento quanto como uma teoria da educação, bem como o desenvolvimento de uma reflexão econômica sobre a saúde, a partir da segunda metade do século passado.

O período que se estende da Segunda Guerra Mundial até a dissolução da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), em 1991, não forma um período homogêneo. O divisor de águas é a década de 1970, quando o sistema internacional entra em uma nova e extensa crise política e econômica. Apesar disso, esse período é tratado como se fosse homogêneo pela peculiar situação internacional dominada pela Guerra Fria. A peculiaridade diz respeito, segundo Hobsbawm (2000), ao fato de que, em termos objetivos, não existia perigo iminente de guerra mundial, apesar da retórica apocalíptica das duas superpotências mundiais: URSS e EUA. Ambas aceitaram, a partir das conferências de cúpula de 1943-1945, a distribuição global de forças que, se era um equilíbrio de poder desigual, não foi contestada na sua essência. A primeira controlava parte do globo sob sua influência (Europa Oriental e parte da Ásia); a segunda exercia controle e predominava sobre todo o mundo capitalista, mas não só. Os EUA saíram da guerra detendo quase dois terços da produção industrial do mundo, ou seja, mais forte do que o resto do mundo junto, exercendo sua hegemonia sobre todas as partes não ocupadas pelo Exército Vermelho. Desse ponto de vista, para o autor, o anticomunismo produzido por Washington correspondia menos a uma ameaça de dominação mundial comunista e mais aos interesses de manter uma supremacia americana concreta.

⁶³ O Estado intervencionista se configurou no Brasil desde 1930, com Vargas, caracterizando um tipo de Estado com forte intervenção direta na economia, como vimos no capítulo anterior. O que determina e distingue o Estado intervencionista a partir da segunda metade dos anos 1950, no Brasil, é a mudança do modo de acumulação do capital e o aprofundamento do caráter dependente-associado da economia brasileira, respectivamente.

Ao contrário da ideologia e da retórica da Guerra Fria, ambos os países trabalhavam com base na suposição de que era possível a coexistência pacífica a longo prazo, mesmo com a competição que se verificou a partir daí em torno dos novos Estados pós-coloniais. O fato é que, após a URSS dominar a tecnologia das armas nucleares (bomba atômica e bomba de hidrogênio), as duas superpotências abandonaram a guerra como instrumento de política e a ‘paz fria’ correspondeu muito mais à nebulosa disputa entre os vários serviços secretos reconhecidos e não reconhecidos. De todo modo, a retórica da ação nuclear, por um lado, e do anticomunismo americano, por outro, foi usada em muitos momentos para resolver disputas externas ou para fins de política interna. Mais que isso, essa retórica justificava a corrida armamentista para a destruição mútua, que está na origem do que se convencionou chamar de ‘complexo industrial-militar’, que envolveu um número cada vez maior de homens que viviam da preparação da guerra e de recursos financeiros.

A preocupação americana, na verdade, era mais no sentido de evitar uma nova depressão mundial – tal qual havia ocorrido em 1929, com o quase colapso do capitalismo na década de 1930, por falta de demanda efetiva por produtos – do que fazer outra guerra. Por sua vez, a URSS saiu da guerra em ruínas e exausta, com a economia em frangalhos e precisando de imediato de todo tipo de ajuda para se reerguer. No contexto do pós-guerra, exceto os EUA, os países beligerantes saíram destroçados, “haviam se tornado um campo de ruínas habitado pelo que pareciam aos americanos povos famintos, desesperados e provavelmente propensos à radicalização” (Hobsbawm, 2000, p. 228), ou seja, à revolução social, e menos comprometidos com um sistema internacional de livre empresa e livre comércio.

O que estava em jogo era o futuro do capitalismo, num cenário em que os partidos comunistas emergiam da guerra em toda parte como os maiores partidos e forças eleitorais em seus países, apontando assim para um possível enfraquecimento da ordem mundial capitalista. Desse modo, era fundamental recuperar as economias europeias destroçadas pela guerra, menos por motivos humanitários e mais pela consolidação do seu império econômico, de modo a evitar o avanço do comunismo.

As negociações para a criação de uma nova ordem econômica mundial, ainda antes do término da Segunda Guerra Mundial, culminam com a realização da Conferência de Bretton Woods (1944), na qual é definido um novo padrão monetário, o padrão dólar-ouro, paridade rompida unilateralmente pelos EUA em 1971. Nessa reunião é construída uma complexa rede

de instituições voltadas para a gestão multilateral da economia e da política internacional, sob a hegemonia americana. São criadas instituições internacionais de controle econômico-financeiro como o Banco Mundial (BM),⁶⁴ o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (Gatt, sigla em inglês), responsáveis pela supervisão do comércio, do sistema monetário e do equilíbrio do balanço de pagamentos dos países. São criados também a Organização das Nações Unidas (ONU), particularmente o seu Conselho de Segurança, e vários organismos internacionais vinculados a ela como a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶⁵ (Fiori, 1998). Em 1948, é criada também a Organização dos Estados Americanos (OEA) como organismo regional vinculado às Nações Unidas.

Segundo Hobsbawm (2000), quatro questões pareciam muito claras para os formuladores de decisão na época. A primeira é que a catástrofe do entreguerras não podia retornar e que em grande parte era consequência do colapso do sistema comercial e financeiro global, assim como da intensa fragmentação do mundo em economias e impérios nacionais autárquicos. A segunda é que a libra esterlina não se mostrava suficientemente forte para estabilizar o sistema financeiro internacional, que podia daí em diante ser assumido pelos EUA e o dólar. Em terceiro lugar, o livre mercado deveria ser suplementado pelo planejamento público e a administração econômica. Em último lugar, por motivos sociais e políticos, o desemprego em massa não deveria retornar, o comunismo teria de ser contido, e era necessário modernizar as economias atrasadas.

Assim, a partir das proposições keynesianas,⁶⁶ as classes dominantes começavam a romper com a ortodoxia liberal no âmbito da economia e passavam a defender a intervenção do Estado na área social, que sob os governos socialdemocratas e trabalhistas da Europa ocidental deu origem ao que passou a ser denominado *Welfare State*, ou Estado de Bem-Estar,

⁶⁴ Inicialmente chamado de Banco Internacional de Reconstrução e Fomento (Bif), passou a ser designado por Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), compondo atualmente, junto com outras instituições financeiras afiliadas, o que se conhece como Banco Mundial (BM). Vinculados à ONU, o BM e o FMI começaram a operar em 1946. Para a trajetória histórica do BM e sua atuação no setor saúde, ver Rizzotto (2000).

⁶⁵ A ONU é um organismo internacional fundado após a Segunda Guerra Mundial, com os objetivos de manter a paz e a segurança no mundo, fomentar relações cordiais entre as nações, promover o progresso social, melhores padrões de vida e direitos humanos. Quando da criação da OMS, em 7/4/1948, a saúde foi definida como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social” e como um direito fundamental do homem, cabendo aos governos a responsabilidade pela saúde da população. Além da OMS, há outros organismos internacionais especializados vinculados à ONU como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), fundada em 1919, e outros fundos e programas, tais como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), que compõem o Sistema das Nações Unidas. Ver: <www.onu-brasil.org.br/conheca_onu.php>.

⁶⁶ Trata-se do economista britânico John Maynard Keynes (1883-1946), que, ao contrário da ortodoxia liberal, busca demonstrar que o mercado, deixado a si mesmo, leva ao péssimo social, ou vai trabalhar abaixo do nível do pleno emprego, produzir recessão, desemprego e miséria por tempo indefinido, visto que não tem condições de, por si só, sair desse tipo de armadilha que seu próprio funcionamento aciona (Paulani, 2006).

ou Estado-providência.⁶⁷ Terminada a Segunda Guerra, o capitalismo caminhou rapidamente para uma era de regulações extranacionais, de pesada intervenção estatal e de concessões aos trabalhadores, para enfrentar a concorrência ideológica do então socialismo real. Tal situação se acelera principalmente após 1947, diante do impasse das negociações entre EUA e URSS sobre a reunificação da Alemanha e do destino dos territórios ocupados na Europa Central. Esse impasse estava na origem da Doutrina Truman, uma verdadeira ‘guerra santa’ contra o comunismo para Hobsbawm, e do Plano Marshall, que nesse contexto foi fundamental não só para a reconstrução europeia como também para transformar a região numa arena de competição econômica e social dos EUA.

O acordo de Bretton Woods, o Estado keynesiano regulador de demanda efetiva e o Estado de Bem-Estar, para Paulani (2006), foram a consumação dessas expectativas e o que iria garantir os chamados ‘trinta anos gloriosos’ dos países capitalistas centrais.

O que caracteriza o pós-Segunda Guerra é exatamente esse papel intervencionista cada vez maior do Estado na regulação da economia, na mediação das relações capital-trabalho e, de modo mais geral, na vida social. O fordismo, base do longo período de expansão capitalista do pós-guerra, até meados de 1973, para Harvey (1998), tem de ser entendido menos como um sistema de produção em massa do que como um modo de vida total. A produção em massa significava padronização do produto e consumo de massa, mas também implicava uma nova estética, a mercadificação da cultura, um novo tipo de trabalhador e de homem mais cooperativo, e dependia para sua expansão de uma maciça ampliação dos fluxos de comércio mundial e de investimento internacional.

Desse modo, uma nova divisão internacional do trabalho começa a solapar a antiga, com a crescente oligopolização e internacionalização da economia, acompanhada da difusão mundial do modelo de produção fordista, que encontra nesse momento as condições para sua consolidação, e da revolução tecnológica que então se verifica com a produção de novos produtos, em especial da indústria farmacêutica.

⁶⁷ É possível distinguir as várias formas assumidas do ‘Estado de Bem-Estar’ capitalista e as políticas correspondentes segundo a relação existente entre Estado e mercado, a articulação público-privado e entre direitos sociais e benefícios. Considerando essas relações, pode-se dizer que há três regimes básicos de bem-estar social: o socialdemocrata, cujo exemplo são os países escandinavos como Suécia e Noruega, que se caracteriza pelo universalismo e a redução do papel do mercado no âmbito do bem-estar social; o conservador-corporativo, exemplificado pela Alemanha e pela Itália, que se baseia nos direitos sociais, mas perpetua uma diferenciação social importante e envolve efeitos redistributivos mínimos; e, por último, o liberal, dominado pela lógica de mercado, como os EUA, o Canadá e a Inglaterra (Esping-Andersen, 1990, *apud* Laurell, 2002).

A expansão mundial do capitalismo sob a hegemonia americana muda a divisão internacional do trabalho e o esquema centro-periferia proposto pela hegemonia inglesa, tanto porque a natureza e a dimensão do novo centro é radicalmente diferente quanto porque a sua expansão para fora e a incorporação de periferias funcionais não correspondem mais à divisão clássica entre um centro produtor de manufaturas e uma periferia produtora de matérias-primas. (Tavares & Belluzzo, 2005, p. 124)

Na verdade, o Estado intervencionista se constitui a partir da fase monopolista, mais especificamente no final do século XIX, com a transformação do capitalismo em imperialismo. O que caracteriza essa fase é a emergência dos grandes monopólios formados por associações monopolistas dos capitalistas, sindicatos, cartéis e trustes,⁶⁸ com a intermediação do capital bancário. A tendência dominante passa a ser uma crescente fusão do capital bancário com o capital industrial, da qual resulta o capital financeiro. No lugar da exportação de mercadorias, o que predomina é a exportação de capitais⁶⁹ com o apoio do Estado.

Entretanto, é após a Segunda Guerra Mundial que o Estado radicaliza sua intervenção, quando a oligopolização do mercado delinea novos contornos do imperialismo vigente. A partir de então, as novas relações de produção não se definem mais pela exportação de capitais, mas pela internacionalização do capital, com o surgimento de empresas multinacionais cada vez mais poderosas e a crescente oligopolização do mercado. Ou seja: a expansão para fora não se dá fundamentalmente pelo comércio, mas sobretudo pela instalação de filiais dos grandes oligopólios nos diversos países ou, na verdade, pelo comércio entre matrizes e filiais. O avanço da industrialização, particularmente em direção aos países capitalistas dependentes, deveu-se na maior parte dos casos à disseminação de processos de produção baseados em velhas tecnologias e à busca de locais de mão-de-obra barata.

No entanto, Frigotto chama a atenção para o fato de que o Estado intervencionista, tal qual se apresenta nesse momento, não transgride na essência os princípios do Estado liberal.

O Estado intervencionista é apenas a expressão histórica do Estado ao exercer sua função de construtor e unificador da classe capitalista, na fase imperialista das relações de produção. O

⁶⁸ O cartel se caracteriza por um acordo comercial realizado entre empresas, que embora conservem cada uma a sua autonomia, se organizam na forma de sindicatos para distribuir entre si cotas de produção e os mercados e determinar preços, suprimindo a livre-concorrência. O truste é uma associação financeira que resulta da fusão de várias firmas em uma única empresa. (Catani, 1981, *apud* Frigotto, 1986, p.92).

⁶⁹ No Brasil, uma das primeiras formas de exportação de capitais foram os empréstimos do capital inglês, somando-se a isto os investimentos diretos principalmente no setor de serviços. Era preciso modernizar as economias periféricas para responderem aos novos fluxos de matérias-primas e produtos industrializados requeridos pela acumulação do capital em escala mundial. São exemplos a constituição em 1855 da Cia. Estrada de Ferro D. Pedro II, as obras de infraestrutura realizadas no porto do Rio de Janeiro, em meados da década de 1870, introduzindo a máquina a vapor nos serviços portuários, a constituição de linhas de carris urbanos para o transporte de cargas, bem como a instalação de serviços de água e esgotos na cidade. Ver: Benchimol (1990).

Estado liberal ou o Estado intervencionista não são ‘escolhas’, mas a própria forma do modo de produção capitalista gerir as crises que lhe são orgânicas, decorrências, em última instância, das formas que as relações capitalistas de produção vão assumindo dentro do movimento de acumulação, concentração e centralização do capital. (Frigotto, 1986, p. 102)⁷⁰

A visão de um Estado neutro e com função marginal no âmbito econômico só se sustenta até o momento em que “o processo de acumulação atinge um nível de concentração e centralização que não afeta o padrão de referência por onde passam os interesses intercapitalistas – a taxa média de lucro” (Frigotto, 1986, p.106). Só que com o surgimento do oligopólio quebra-se a concorrência intercapitalista. Embora a concorrência continue, trata-se, no entanto, de uma concorrência que assume novas especificações que vai afetar profundamente a determinação das taxas de lucro. A empresa oligopolizada passa a concorrer em várias esferas, visto que o oligopólio passa a explorar diversos ramos de atividade e constitui um sistema interno de financiamento, determinando a possibilidade concreta do surgimento de várias taxas de lucro, quando de imediato aparecem as taxas do mercado oligopolizado e não-oligopolizado.

Dentro dessa forma oligopolizada, a concorrência se dá fundamentalmente mediante a incorporação do progresso técnico visando aumentar a produtividade, por uma imposição da própria concorrência intercapitalista e não em razão da escassez ou não-qualificação de mão-de-obra. Porém, o que se revela de forma cada vez mais clara é que a crescente incorporação do progresso técnico, ao mesmo tempo que permite a aquisição de uma massa de mais-valia relativa cada vez maior, vai gerando um aumento orgânico do capital constante e uma diminuição do capital variável, base da geração do valor. É nesse particular que reside, de acordo com a teoria marxista, a lei da baixa tendencial do lucro.

Essa contradição do movimento do capital, que gera a tendência declinante do lucro, radicaliza e aprofunda a crise de realização de mais-valia na fase de oligopolização, configurando uma crise por superprodução, por excesso de excedente ou poupança, o que leva à dificuldade de investir produtivamente a mais-valia produzida, ao mesmo tempo que impele o Estado a tornar-se, forçosamente, um Estado intervencionista, como mecanismo de sustentação dos interesses intercapitalistas, dos interesses do capital no seu conjunto.

⁷⁰ A ‘acumulação’ do capital deriva dos métodos de expropriação da mais-valia, isto é, ao mesmo tempo, uma condição do surgimento e expansão do capitalismo e o que vai permitir com seu refinamento uma acumulação ampliada do capital. A ‘concentração’ se caracteriza pela tendência ao aumento do volume de capital nas mãos do capitalista ou empresa, determinada pela concorrência intercapitalista. A ‘centralização’ define-se pela apropriação de capitalistas por capitalistas, ou a transformação de muitos capitais pequenos em alguns poucos grandes.

É nesse contexto que se constitui um padrão de financiamento público da economia capitalista em que o fundo público, em suas diversas formas, passa a ser o pressuposto do financiamento da acumulação de capital e da reprodução da força de trabalho: no primeiro caso, com recursos para a ciência e tecnologia, subsídios para a produção para manter a competitividade das exportações, juros subsidiados para setores de ponta, inclusive na forma de vastos e poderosos setores estatais produtivos, sustentação da agricultura e do mercado financeiro e de capitais por meio de bancos e/ou fundos estatais, por exemplo; no segundo, com os gastos sociais para a universalização da saúde, educação universal gratuita e pública, previdência social, seguro-desemprego, subsídios para o transporte e habitação, entre outros.

Diferentemente de momentos anteriores em que a intervenção do Estado era de caráter pontual e na dependência ocasional da força de pressão de grupos específicos, o financiamento público nesse momento torna-se abrangente, estável e marcado por regras pactuadas pelos principais grupos sociais e políticos. Dessa forma, para Oliveira (1998, p. 21), o fundo público passa a funcionar como “um *ex-ante* das condições de reprodução de cada capital particular e das condições de vida, em lugar de seu caráter *ex-post*, típico do capitalismo concorrencial”. Ou seja, os recursos públicos, na forma de impostos ou qualquer outra forma, antes de existir de fato, passa a fixar de antemão o comportamento da economia como um todo. Como, a partir daí, torna-se o pressuposto principal para a formação da taxa de lucro, o fundo público passa a ser um componente estrutural insubstituível da economia capitalista. Para esse autor, a crise do Estado-providência que ocorre na década de 1970 nos países capitalistas centrais, associada mais à produção de bens sociais públicos e menos à presença dos fundos públicos na estruturação da reprodução do capital, revela na verdade uma disputa entre capital e trabalho na destinação do fundo público.

Portanto, na fase do oligopólio, o Estado intervencionista vai exercer a um só tempo, e de modo inter-relacionado,

uma função econômica, enquanto cada vez mais se torna ele mesmo produtor de mais-valia ou garantindo, por diferentes mecanismos (subsídios, absorção de perdas), ao grande capital privado esta produção; uma função política, enquanto intervém politicamente para gerar as condições favoráveis ao lucro; e uma função ideológica enquanto se apresenta como um mediador do bem comum, uma força acima de qualquer suspeita e acima do antagonismo de classes. (Frigotto, 1986, p. 119)

O surgimento das teorias do desenvolvimento ou da ideologia desenvolvimentista, particularmente na América Latina e no Brasil, não pode ser dissociado desse contexto

político pós-Segunda Guerra Mundial e da disputa entre EUA e URSS pela liderança internacional. A disseminação da teoria do ‘capital humano’ para os países ‘subdesenvolvidos’ está associada ao papel dos EUA como organizadores e líderes do sistema capitalista mundial no pós-guerra.⁷¹ No interior das diferentes formações sociais latino-americanas, o desenvolvimentismo passa a se constituir na ideia matriz de recomposição e rearticulação da hegemonia americana, na perspectiva de modernização das relações de produção, tendo em vista a crescente mecanização e automação, a ampliação de inversões de capital em grandes unidades de produção, e em decorrência disso, pelas próprias mudanças que se verificam no processo de trabalho.

A teoria do capital humano como teoria do desenvolvimento, no âmbito das relações internacionais, vai sustentar uma concepção linear na qual o processo de desenvolvimento é tratado como um *continuum* do ‘subdesenvolvido’ a ‘em desenvolvimento’ e, finalmente, ao ‘desenvolvido’. As diferenças entre os países são vistas assim como decorrentes de etapas distintas de crescimento, e sua aceleração é possível desde que se utilizem técnicas mais eficientes e racionais de intervenção na realidade. No entanto, para essa teoria, a produtividade baseada no estoque de capital físico e de trabalho explicava apenas uma parcela do crescimento econômico, levantando a hipótese de que o ‘resíduo’ desse crescimento poderia ser atribuído ao investimento nos indivíduos ou ‘fator H’, que engloba educação formal, treinamento, saúde etc. Do ponto de vista macroeconômico, o investimento em ‘capital humano’ passa a significar um elemento determinante para o aumento da produtividade e de superação do atraso econômico. Do ponto de vista microeconômico, passa

⁷¹ No quadro de reflexão sobre o subdesenvolvimento, uma das análises desenvolvidas foi o modelo de Rostow. Neste modelo, o desenvolvimento econômico aparece como a passagem da sociedade tradicional à maturidade industrial, configurando dois momentos distintos e associados: a criação de condições para a decolagem e a decolagem propriamente dita. A questão prioritária é o aumento da taxa de poupança interna e a acumulação de capital na forma industrial. Portanto, nesse modelo, o desenvolvimento de um país está diretamente associado ao crescimento do capital produtivo, que consequentemente irá permitir a ampliação do excedente, que traduzindo-se em lucros resultaria em novos investimentos e assim sucessivamente. Entretanto, a não ocorrência de uma ‘revolução industrial’ na maioria dos países ‘subdesenvolvidos’ levou a outras explicações e à inclusão de novos fatores explicativos nos modelos teóricos. Entre elas, a ‘Teoria de Causação Circular e Acumulativa’, de Gunnar Myrdal, Prêmio Nobel de Economia em 1974, junto com Friedrich Hayek, que exerce influência importante no Brasil entre os ‘sanitaristas desenvolvimentistas’ nos anos 1950 (Gunnar Myrdal. Teoria econômica e regiões subdesenvolvidas. Rio de Janeiro: MEC-ISEB, 1960. Publicada originalmente em inglês em 1956); e a ‘Teoria do Capital Humano’, de Schultz, predominante a partir dos anos 1960, com o regime militar (Theodore W. Schultz. O valor econômico da educação. Rio de Janeiro: Zahar, 1962). Sinteticamente, a primeira teoria diz que o círculo vicioso do atraso econômico e da pobreza só pode ser interrompido com intervenções do Estado que promovam crescimento econômico com integração nacional, com a aplicação planejada de reformas que provoquem modificações cumulativas e direcionadas ao círculo de causas responsáveis pelas desigualdades econômico-sociais. A segunda, formulada pelo economista norte-americano Theodore William Schultz, Prêmio Nobel de Economia em 1979, defende a ideia de que a questão do desenvolvimento não é apenas uma questão de formação de capital produtivo (meios materiais, máquinas e equipamentos), mas também de ‘capital humano’ ou de ‘qualidade do trabalho’. Para mais informações, consultar Braga e Paula (1981), Teixeira (1982), Frigotto (1986).

a explicar as diferenças individuais de produtividade e de renda, consequentemente de mobilidade social.

O desenvolvimento é concebido como uma entelúquia a-histórica, sem conflitos de classes nem de países, e a educação, o treinamento, a chave para montar uma política gradualista. (...) Mascara-se [nesse movimento] o caráter orgânico da acumulação, concentração e centralização do capital e a própria luta de classes, na medida em que nivela, sob a categoria de capital, a capacidade de trabalho dos indivíduos ‘potenciada’ com educação ou treinamento, ao capital físico, ou seja, a força de trabalho se apresenta como uma mercadoria – um capital do mesmo valor que o capital físico. (Frigotto, 1986, p. 126)

Para Frigotto, a teoria do ‘capital humano’ é produto das próprias contradições e do aguçamento da crise do capitalismo em sua fase monopolista, e nessa etapa irá assumir um papel político, ideológico e econômico específicos. No plano político-ideológico, passa a ideia de que, no âmbito internacional, o subdesenvolvimento nada tem a ver com as relações de poder e dominação. É apenas uma questão de modernização de alguns fatores, em que os recursos humanos qualificados – ‘capital humano’ – se constituem no elemento fundamental. Por sua vez, no âmbito interno dos países, passa a ideia de que o antagonismo capital-trabalho ou mesmo as desigualdades sociais podem ser superadas mediante um processo meritocrático – pelo trabalho, especialmente o trabalho potenciado como educação, treinamento, saúde etc.

A idéia-chave é de que a um acréscimo marginal de instrução, treinamento e educação corresponde um acréscimo marginal de capacidade de produção. Ou seja, a idéia de capital humano é uma ‘quantidade’ ou um grau de educação e de qualificação, tomado como indicativo de um determinado volume de conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas, que funcionam como potencializadoras da capacidade de trabalho e de produção. Desta suposição deriva-se que o investimento em capital humano é um dos mais rentáveis, tanto no plano geral do desenvolvimento das nações, quanto no plano da mobilidade individual. (Frigotto, 1995, p. 41)

No plano econômico, o conceito de capital humano estabelece o nivelamento entre capital constante e capital variável (força de trabalho) na produção do valor, e ao fazer esse movimento coloca o trabalhador assalariado como um duplo proprietário: da força de trabalho, adquirida pelo capitalista, e de um capital – quantidade de educação ou ‘capital humano’ – adquirido por ele. Por outro lado, reduz a concepção de educação – na escola ou fora dela – ao enfocá-la sob o prisma do fator econômico e não da estrutura econômico-social. A educação e a qualificação profissional, de práticas sociais, históricas, políticas e técnicas,

são reduzidas a fatores da produção,⁷² potenciadoras do fator trabalho. Desse modo, também são reduzidas à mera função técnica de formar recursos humanos definidos pelos critérios de mercado e tecnologias educacionais, desenvolvendo-se a partir daí uma perspectiva tecnicista da educação. A solução era ‘tecnificar a educação’, ou seja, conceber o sistema educacional como uma empresa de ensino, transformando-o numa ‘máquina de ensinar’ por meio da aplicação de técnicas e de máquinas que haviam produzido bons resultados no interior da indústria.

Essa teoria também vai inserir a saúde no quadro dos problemas ‘legítimos’ em economia e tenta efetuar análises macroeconômicas das questões de saúde, levando em consideração as múltiplas influências sociais sobre o estado de saúde da população, mas não consegue aprofundá-las. Isso decorre do próprio instrumental teórico do pensamento neoclássico que, ao restringir a análise às categorias ‘operacionalizáveis’, deslocam a discussão em torno dos níveis de saúde da população e seus determinantes à vaga noção de ‘ambiente externo’.

É nestas tentativas que vêm à luz claramente as limitações da análise neoclássica: saúde é vista como capacidade de desempenho das funções produtivas; saúde, analiticamente, não é vista como sendo determinada pela estrutura socioeconômica; a melhoria de saúde é vista como uma função direta da estrutura de atenção à saúde; e nesta, não se vê o movimento do capital. (Braga e Paula, 1981, p. 23)

A partir daí, o pensamento neoclássico reduz a questão da saúde à análise dos serviços de saúde, atribuindo-lhe, na prática, as determinações dos níveis de saúde da população. A preocupação central se volta para a eficiência e a administração dos serviços, visando avaliar os seus efeitos em termos do desempenho da atividade econômica, do ganho em termos de tempo de trabalho, de produtividade etc. para a produção do ‘capital humano’.

Da mesma forma que a educação, no nível macroeconômico, o dispêndio (custos) com a instalação e manutenção da unidade ou do sistema de atenção à saúde é visto como

⁷² Esse tipo de análise é tributária da teoria neoclássica e decorre, entre outros, da redução do homem a *homo oeconomicus*, ou seja, o que interessa não é o homem enquanto homem ou em sua totalidade, mas o homem como um conjunto de faculdades a serem trabalhadas para que o sistema econômico possa funcionar como um mecanismo. As duas características básicas desse tipo de homem são a racionalidade do comportamento e o egoísmo. Essa análise deriva também da substituição da teoria do valor-trabalho pela do valor-utilidade. A primeira afirma basicamente que o valor das mercadorias é determinado objetivamente pela quantidade de trabalho necessária para produzi-las, enquanto a segunda afirma que o valor é determinado subjetivamente pela utilidade que os agentes conferem a elas, enfatizando a órbita de troca de valores de uso. A idéia de troca supõe, ao mesmo tempo, a idéia de igualdade de condições dos agentes e estabelece o conceito de fator de produção. A partir dessa análise, portanto, “capitalista e trabalhadores apresentam-se no mercado, ambos legalmente iguais, como proprietários de fatores de produção. O primeiro entra com dinheiro e o segundo com força de trabalho”, potenciada pela educação e saúde (Frigotto, 1986, p. 64). Ver também Paulani (2006).

investimento em ‘capital humano’, e as taxas de retorno (benefícios) são analisadas em termos de contribuições para o crescimento econômico. No nível microeconômico, passa a explicar as diferenças individuais de produtividade e a capacidade individual de renda.

Entretanto, para Braga e Paula, a análise dos neoclássicos elide o fato de que os custos não se resumem à instalação e manutenção das edificações, mas também compreendem os custos referentes à incorporação de equipamentos médicos e utilização de medicamentos. Em outras palavras, os neoclássicos omitem o movimento do capital no interior do setor saúde, isto é: se os custos são suportados pelo Estado, principalmente no contexto do *Welfare State* de ampliação da oferta de serviços de saúde, um dos maiores beneficiários da ampliação da oferta dos serviços são os ramos industriais a ele ligados. Ao ganhar em ‘eficiência’, o setor ganha também maiores dimensões econômicas e financeiras, assumindo importância como fator de mobilização de recursos, e crescem no seu rastro as indústrias de medicamentos e equipamentos médicos.

O que estará em jogo aí serão os interesses do capital enquanto investido neste setor e não os níveis reais de saúde da população, que dependem de inúmeros outros fatores. Ademais da função ideológica de alçar o ‘capital humano’, pela via da ação estatal, a uma valorização harmônica ao lado do capital em geral. (Braga e Paula, 1981, p. 25)

O pós-guerra assinala assim o momento de ruptura da medicina. Com a generalização do modelo fordista de organização do trabalho e a crescente aplicação da ciência nos diversos setores da vida econômica, inclusive nos serviços, a tendência geral foi o desenvolvimento de maior racionalização e padronização das tarefas, a especialização médica e a lógica parcelar do trabalho em saúde.

A partir daquele momento a prática médica deixava de ser a ação de um indivíduo isolado; transformava-se numa complexa cadeia que envolvia grande número de técnicos e instituições, mobilizando grande volume de recursos financeiros. Esta transformação – iniciada, ou pelo menos reforçada, pela constituição da moderna indústria farmacêutica – estimulava o crescimento de diversas indústrias correlatas, produtoras de equipamentos, instrumentos, materiais, medicamentos etc. Ao mesmo tempo, expandia-se o sistema de formação de recursos humanos diferenciados e desenvolviam-se inúmeras pesquisas científicas e tecnológicas. No centro deste sistema, estava o hospital. (Braga e Paula, 1981, p. 151).

A emergência das formas oligopólicas do capitalismo exigia a presença de um setor de atenção à saúde que não só fosse eficiente no tratamento dos agravos à saúde – da força de trabalho e dos próprios capitalistas – como também reproduzisse o processo de produção e

reprodução de capital. O hospital, nesse momento, assume a posição central na prestação dos serviços de saúde, realizando no seu interior a mais-valia produzida nos ramos industriais atrelados ao setor saúde, como diz Donnangelo (1976).

Dessa forma, dois problemas exigiam solução para Braga e Paula (1981): a população como um todo desejava e exigia desfrutar da atenção à saúde, e os produtores de bens e serviços médicos necessitavam que se ampliasse o mercado para seus produtos. Isso impôs que o Estado ampliasse e transformasse a sua participação na atenção à saúde por meio tanto do aumento do financiamento direto como também da diversificação de suas ações, o que passa a abranger o incentivo às pesquisas, o desenvolvimento dos serviços de apoio, a formação de força de trabalho etc.

As soluções foram variadas de acordo com a especificidade do processo de modernização capitalista de cada país e com a capacidade de organização e luta dos trabalhadores. Enquanto na Inglaterra constituiu-se um sistema ‘socializado’ de atenção médica e conseqüentemente uma enorme expansão da demanda e dos custos após a criação do National Health Service,⁷³ nos EUA prevalece até hoje um sistema privado, em que a maior parte do financiamento dos custos da atenção médica é feita por meio de empresas privadas de seguro. De todo modo, apesar da diferenciação dos sistemas, eles se assemelham no que diz respeito ao fato de ter a assistência médica centrada no hospital, com alto grau de especialização, uso intensivo de equipamentos cada vez mais sofisticados e utilização abusiva de medicamentos.

Essa ênfase nos hospitais traduz a forma especializada pela qual se desenvolvem os saberes em todas as áreas científicas, que se dá pelo recorte de objetos específicos, aprofundando o domínio do detalhe e reduzindo sua amplitude e generalidade. O corpo humano não saiu ileso desse procedimento. O diagnóstico e a terapia passam a ser o resultado do trabalho ‘integrado’ de especialistas, e o hospital é o lugar onde eles se encontram e utilizam a infraestrutura e os equipamentos necessários à prestação da assistência médica à população. Se a enorme expansão dos serviços médico-hospitalares não corresponde a uma equivalente melhoria nos níveis de saúde da população, eles passam a ser um lugar privilegiado para o consumo das mercadorias produzidas por esses novos setores industriais da economia capitalista, que, como qualquer outro, são ordenados pela lógica do lucro e não

⁷³ O sistema de saúde britânico de caráter universal foi sendo desmontado desde a década de 1980, nos governos neoliberais de Margaret Thatcher e no governo trabalhista de Tony Blair. Ver depoimento em ‘Sicko 2: a destruição do Serviço Nacional de Saúde britânico’, por John Pilger. Disponível em: <http://www.resistir.info/pilger/pilger_01nov07_p.html>.

pela lógica do bem-estar, absorvendo uma parcela crescente da renda nacional e sendo responsável por um volume cada vez maior de dispêndios governamentais.

É nesse contexto que se desenvolvem os estudos sobre economia da educação e economia da saúde de matriz neoclássica, oferecendo o suporte conceitual e analítico necessário à concepção de que os gastos com os setores sociais não se limitavam a despesas com consumo, mas eram investimentos rentáveis, que o Estado deveria assumir como meio de promoção do desenvolvimento econômico. Assim, desenvolve-se uma série de trabalhos sobre análises de custo-benefício, taxa de retorno e técnicas de provisão de mão-de-obra. Da mesma forma, esses estudos dão suporte à ideia de planejamento tanto na educação como na saúde.

Essas teses reforçam o intervencionismo do Estado no interior das diferentes formações sociais latino-americanas, como legitimam a ação imperialista, tanto do ponto de vista econômico e militar como do ponto de vista político, social e educacional. Isso se dá por meio de diferentes acordos, planos, programas de assistência técnica e financeira, de organismos internacionais e privados internacionais como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Fundação Rockefeller, além da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização dos Estados Americanos (OEA).

Esta última, sob o comando de Washington, exerceu um papel importante, nos anos 1950, na operacionalização de um extenso programa de assistência técnica aos países da América Latina, nos marcos do que se denominou de ‘Desenvolvimento de Comunidade’, plasmado sobre uma concepção de sociedade que se rege pelos princípios de harmonia e do equilíbrio. Esse desenvolvimento é definido como um processo de união de esforços entre o povo e as autoridades governamentais, “com o fim de melhorar as condições econômicas, sociais e culturais das comunidades, integrar essas comunidades na vida nacional e capacitá-las a contribuir plenamente para o progresso do país” (CBCISS, 1962, *apud* Ammann, 1980, p. 32). Essa lógica de integração, que omite as estruturas responsáveis pelas desigualdades sociais no interior das nações e na relação entre elas, está na origem das primeiras iniciativas de assistência técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a provisão e formação de trabalhadores técnicos de saúde, principalmente para a área de saúde pública.⁷⁴

⁷⁴ Nesse período, são realizadas uma série de reuniões na OMS para definir, entre outros, os tipos de serviços sanitários que requerem pessoal auxiliar e os tipos e níveis de auxiliares sanitários (auxiliares de medicina, auxiliares de odontologia, enfermeiras auxiliares, parteiras auxiliares, auxiliares de engenharia e de inspeção sanitária, auxiliares de veterinária, técnicos

Essas teses também iriam reorientar a estratégia da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), criada em 1948, em relação ao desenvolvimento. Se, durante a década de 1950, a Cepal enfatizava o planejamento econômico como instrumento de superação do subdesenvolvimento, na década de 1960 passou a preconizar o desenvolvimento integrado ou o planejamento econômico-social. Isso porque, como o desenvolvimento acelerado e o extermínio da pobreza não se produziram, os estudos sobre a economia latino-americana mostravam que o subdesenvolvimento não podia ser encarado apenas como um problema econômico, mas encarado do ponto de vista global, abrangendo a organização política dos países, suas características econômicas e suas instituições sociais.

A partir da década de 1960, a questão do ‘desenvolvimento social’ é definitivamente incorporada pela Cepal, cujo marco internacional é a Carta de Punta del Este, em agosto de 1961, construída no contexto da Aliança para o Progresso.⁷⁵ Nessa carta, se expressa claramente a ligação da educação e da saúde com o projeto desenvolvimentista nos seguintes termos:

Los programas nacionales de desarrollo deberán incorporar esfuerzos propios encaminados a: a) Mejorar los recursos humanos y ampliar las oportunidades, mediante la elevación de los niveles generales de educación y salud; el perfeccionamiento y la expansión de la enseñanza técnica y la formación profesional, dando relive a la ciencia y tecnología. (Finkel, S.E., 1977, p. 264-265, *apud* Frigotto, 1986, p. 125)

Nessa conferência se elabora o 1º Plano Decenal de Saúde para as Américas, marco da incorporação do planejamento de saúde⁷⁶ e da noção de recursos humanos em saúde, na lógica do ‘capital humano’, para designar a mão-de-obra engajada no setor. Desenvolve-se a partir daí, no plano internacional, uma série de estudos quantitativos e qualitativos com aplicação e correlações estatísticas entre o tipo de pessoal existente, sua distribuição geográfica, relações

auxiliares de laboratórios médicos e de radiologia, fisioterapia e ergoterapia, auxiliares de farmácia e auxiliares de administração). Destaca-se o perfil polivalente dos trabalhadores, o caráter prático do trabalho e a necessidade de incorporar conteúdos sociais no plano de estudos para facilitar o contato e as relações do auxiliar com a população local. A preocupação central não é a construção de escolas de formação profissional, mas de preparo de pessoal docente e de equipamentos e meios de ensino. Ver OMS (1956, 1961).

⁷⁵ A Conferência de Punta del Este, a carta do mesmo nome e a criação da Aliança para o Progresso ocorreram sob a preocupação dos governos norte-americano e latino-americanos em face da revolução socialista ocorrida em Cuba, em 1959. No âmbito da OEA, a vitória da revolução cubana manifestou a crise de liderança dos Estados Unidos na América Latina e implicou o aprofundamento da Guerra Fria no continente. Foi a partir dessa conferência que o governo americano concordou em preconizar e apoiar a elaboração de planos e programas de desenvolvimento econômico-social nos países da América Latina, tal como o Plano Trienal do Governo João Goulart (7/10/1961 a 31/3/1964), sob a liderança intelectual de Celso Furtado. Para Ianni (1991, p. 209), esse “foi o primeiro instrumento de política econômica global e globalizante, dentre todos formulados até então pelos diversos governos no Brasil”.

⁷⁶ Para uma abordagem sobre o Planejamento de Saúde, ver Rivera (1982). Do mesmo autor, ver o verbete Planejamento de Saúde que atualiza a discussão sobre o tema. In: Rivera (2009).

com estatísticas vitais etc. Não só os agentes de trabalho se tornam objetos de estudo, como também as formas de atenção médico-sanitárias, as técnicas empregadas e os meios de trabalho. Nessa visão, o planejamento emerge como uma técnica supostamente neutra, a partir da qual os serviços de saúde deveriam ser reorganizados, tendo em vista a ampliação das ações de cuidado à saúde e o crescente volume de recursos canalizados para a área – consequentemente, impondo a necessidade de coordenação e controle do setor (Teixeira, 1982; Braga e Paula, 1981).

Em outras palavras, a saúde emerge como uma área promissora para a transformação social e econômica. A despeito das diferenças existentes entre as diferentes formações sociais capitalistas, a solução dos problemas de saúde é vista essencialmente como dependente da utilização dos meios adequados e em volume suficiente. Nesse sentido, o planejamento de saúde se torna um instrumento fundamental tanto para a solução dos problemas setoriais como para o desenvolvimento econômico.

Essa ideia teve uma importante contribuição da OMS, que em busca de legitimação e de instrumentos para o desempenho de assistência técnica aos países membros das Nações Unidas encomenda o trabalho *Le coût de la maladie et le prix de la santé*, de autoria de Charles-Edward Amory Winslow (1952),⁷⁷ sanitarista norte-americano. Nesse trabalho, o autor indica os meios de operacionalizar os dispêndios em saúde, chegando sempre à conclusão de que o investimento em saúde é rentável e de que há necessidade das técnicas de planejamento para se alcançar o desenvolvimento.

Para Winslow, a doença e a pobreza formam um ‘circulo vicioso’, isto é, os homens e mulheres eram doentes porque eram pobres e tornavam-se mais pobres porque eram doentes. Essa noção de ‘circulo vicioso’ não faz qualquer referência à inserção diferenciada dos países na divisão internacional do trabalho e está na base do modelo teórico proposto pelo economista Gunnar Myrdal, em 1956. Essa teoria do desenvolvimento fornece a matriz do pensamento sanitarista desenvolvimentista no período 1955-1964, então no interior do Ministério da Saúde, criado em 1953, e exerce profunda influência nos debates da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no Rio de Janeiro, em dezembro de 1963. O

⁷⁷ Também publicado em espanhol: *Lo que cuesta la enfermedad y lo que vale la salud*. Genebra: OMS. Publicação Científica n. 16, may, 1955.

trabalho de Winslow foi preparado para a 5ª Assembleia Mundial da Saúde organizada pela OMS, realizada em Genebra em maio de 1952,⁷⁸ com a presença de Myrdal.

Esse amálgama de teorias do desenvolvimento resultou no aumento do papel do Estado na área e numa enorme expansão das despesas com saúde nos países capitalistas dependentes, o que no contexto da ditadura civil-militar no Brasil privilegiou a assistência médico-hospitalar e o produtor privado, como se verá no próximo item.

O setor educacional também foi submetido à lógica do planejamento nos termos da relação custo-benefício promovida pela educação, associada às demandas do setor produtivo e à capacidade de resposta a essas demandas pelos sistemas educacionais. A economia da educação e a teoria do ‘capital humano’ foram suportes fundamentais para a cultura do planejamento educacional que, associados ao *behaviorismo*, configuraram uma orientação pedagógica designada como ‘tecnicista’.⁷⁹

De fato, à medida que as relações sociais de produção foram se pautando pelos padrões tayloristas-fordistas, a educação incorporaria métodos e conteúdos básicos para uma determinada conformação moral e psicofísica dos sujeitos a esses padrões, tais como planejamento e organização racional dos tempos, movimentos e espaços; disciplina rígida; fiel obediência a normas de execução do trabalho; e atendimento aos padrões convencionais de comportamento. (Ramos *et al.*, 2008a, p. 10)

No Brasil, essa concepção educacional, a pedagogia tecnicista, materializou-se de forma acabada com a lei n. 5.692/1971, que reformulou o ensino de primeiro e segundo graus no país, implantando compulsoriamente a terminalidade profissional atrelada a esse último grau de ensino. A principal justificativa dos que defendiam a generalização da formação profissional no segundo grau eram as necessidades de um suposto mercado de trabalho dos técnicos de nível médio, surgidas em decorrência do crescimento econômico acelerado no tempo do ‘milagre brasileiro’ (1968-1974).

⁷⁸ A delegação brasileira era representada por Paulo de Assis Ribeiro, Manoel José Ferreira e Ernani Braga, que apresentaram o trabalho ‘Economic value of health’, publicado na *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 1, n. 3, 1998, p. 303-344. Para uma discussão sobre o sanitarismo desenvolvimentista, que nasce no contexto das lutas pela democratização do país durante o Estado Novo e se desenvolve no bojo do processo de industrialização e urbanização que se intensifica nos anos 1950, consultar Teixeira *et al.* (1988).

⁷⁹ Segundo Ramos *et al.* (2008a), a pedagogia tecnicista se apóia nos princípios da administração científica do trabalho (F. Taylor), na teoria dos sistemas (C. W. Churchman), e na psicologia comportamental (B. F. Skinner; B. S. Bloom). Suas características fundamentais são a operacionalização de objetivos e a mecanização do processo de ensino-aprendizagem. Essa orientação pedagógica está na origem dos métodos de análise ocupacional utilizados para a elaboração dos currículos da formação profissional e pode ser identificada com o que se denominou de ‘Pedagogia por Objetivos’.

3.2 O processo de capitalização da medicina no Brasil

Até meados da década de 1950, segundo Cordeiro (1984), não se criaram condições favoráveis para as transformações capitalistas da assistência médica no Brasil em razão de dois fatores principais. Em primeiro lugar, pela existência de uma incipiente base material e tecnológica, pela relativa simplicidade da tecnologia empregada até então, que não implicava grandes investimentos para a apropriação dos meios de trabalho. Em segundo lugar, pela possível inexistência de excedentes que levassem os capitalistas a investir, particularmente na assistência médica, na qual a taxa média de lucro deveria ser menor do que nos setores agrário-exportador e industrial. Agrega-se a isto o fato de os recursos previdenciários administrados pelo Estado serem dirigidos, principalmente no período 1930-1945, mas também no período posterior, prioritariamente para investimentos no setor produtivo, para garantir a acumulação capitalista. Consequentemente, limitou-se a cobertura médico-assistencial por meio de serviços próprios ou o incentivo à formação de um setor médico-empresarial, não resultando daí um processo de capitalização da assistência médica subsidiado pelo Estado.

Entretanto, esse quadro começa a mudar completamente a partir da segunda metade dos anos 1950, no contexto de emergência e hegemonia do capitalismo monopolista no país; radicaliza-se na década de 1960, com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) e a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, e posteriormente com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974.

A emergência e a hegemonia do capitalismo monopolista a partir da segunda metade da década de 1950, no quadro de uma industrialização acelerada pela execução do Plano de Metas do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1961), determinam opções econômicas comprometidas com a internacionalização da economia, a inovação tecnológica, a produção em larga escala e a competitividade dos produtos no mercado externo.

Segundo Ianni (1991), ocorreu nesse período uma transformação qualitativa na economia brasileira, no sentido de que não houve apenas substituição de importações, mas diferenciação interna do sistema econômico. A opção do Estado foi de acelerar o desenvolvimento econômico, particularmente a industrialização, e impulsionar o setor privado

nacional e estrangeiro. Mello (1990) diz que diferentemente do período 1933-1955, quando predominou a ‘industrialização restringida’, o período 1956-1961 se caracteriza pela ‘industrialização pesada’, que configura um novo padrão de acumulação de capital no Brasil. No primeiro período, as bases técnicas e financeiras da acumulação foram insuficientes para que se implantasse o núcleo fundamental da indústria de bens de produção, o que conseqüentemente não permitiu que a capacidade produtiva crescesse adiante da demanda e autodeterminasse o desenvolvimento industrial. Ao contrário, o segundo período demarca uma nova fase de expansão do sistema produtivo com um salto tecnológico importante, ao mesmo tempo que a capacidade produtiva se amplia à frente da demanda preexistente.

Mas essa transformação qualitativa, longe de significar um desenvolvimento econômico autossustentado, ampliou e aprofundou a internacionalização da economia e, conseqüentemente, as relações de dependência externa. A expansão verificada foi comandada fundamentalmente pelo Estado e pelo ‘novo’ capital estrangeiro, que se transfere na forma de capital produtivo, com o apoio do capital industrial nacional que também experimentou uma forte expansão. O Estado atua nessa fase investindo maciçamente em infra-estrutura e nas indústrias de base sob sua responsabilidade, ou seja, atuando como empresário, e estabelecendo as bases de associação com a grande empresa oligopólica estrangeira por meio da definição do esquema de acumulação e concedendo generosos favores.⁸⁰ Mas isso não explica tudo, pois segundo Mello (1990, p.119), a entrada dos grandes oligopólios também decorre da própria dinâmica da competição oligopólica nos países capitalistas centrais, “cujo ponto de chegada consistiu (...) na conglomeração financeira e na expansão oligopólica em escala mundial”.

Para Ianni (1991), o essencial para se compreender o Governo JK e sua política econômica é perceber que ele adotou uma estratégia política de desenvolvimento que acabou por consolidar e expandir o capitalismo dependente e associado, o que o distingue da política econômica adotada no período anterior, destinada a criar um sistema capitalista nacional relativamente autônomo. Ou seja: no segundo Governo Vargas (1951-1954), tratava-se de desenvolver o intervencionismo estatal e adotar soluções de política econômica de tipo nacionalista, a fim de acelerar a nacionalização dos centros de decisão sobre as diretrizes da economia do país. O que não significa que era um governo contrário ao capital estrangeiro,

⁸⁰ Francisco de Oliveira diz que os recursos públicos funcionaram como uma espécie de ‘capital financeiro geral’ para o financiamento do processo de concentração e centralização do capital, assim como para a realização de uma ‘homogeneização monopolística do espaço econômico nacional’. Ver Oliveira (1981).

mas que buscava imprimir uma direção na qual as decisões econômicas e políticas, governamentais e privadas, fossem tomadas em função dos interesses nacionais, em contraposição às decisões e interesses das empresas e governos dos países dominantes.

Entretanto, isso não era mais possível, dado que a política de alianças e absorções entre o capital estrangeiro e nacional havia se desenvolvido cada vez mais nos anos posteriores à Segunda Guerra Mundial e, nos anos do segundo Governo Vargas, esse processo estava em pleno desenvolvimento, o que anulava na prática a estratégia destinada a incentivar o industrialismo ou a formação do capitalismo nacional, como um sistema relativamente autônomo.

Portanto, para Ianni (1991), entre Vargas e JK há uma mudança essencial na ideologia do desenvolvimento. Com Vargas, o desenvolvimento econômico estava ligado à ideia de emancipação econômica nacional; em JK, ao contrário, não está presente a ideia de autonomia. Com ele, industrialização e capital estrangeiro eram noções conjugadas. A industrialização só seria possível no contexto de interdependência e associado. Diferentemente de Vargas, o seu compromisso nacionalista era apenas e exclusivamente ideológico e tático. E como, mesmo para as forças políticas (PTB, PCB e PSD) que o apoiavam, o nacionalismo era principalmente ideológico, uma retórica política, sem fundamento numa análise objetiva da realidade nacional, a contradição entre a ideologia nacionalista e a política econômica internacionalizante não se tornou aguda.

De um lado, estavam as exigências estabelecidas pelas relações de interdependência e complementaridade inerentes à estrutura econômica brasileira de então. Quando a Economia atingiu uma fase determinada do seu desenvolvimento, a industrialização deixou de ser induzida principalmente pelo estrangulamento do setor externo. E, por outro lado, manifestavam-se as exigências estabelecidas pela própria reprodução capitalista, em âmbito mundial. Assim, quando os Estados Unidos consolidaram a sua hegemonia sobre a Europa e o Japão, o governo e as empresas mais poderosas norte-americanas puderam reformular as suas relações econômicas, políticas e militares com os povos coloniais e dependentes. São essas duas tendências, pois, que explicariam, em boa parte, as condições propícias surgidas para a formulação e a execução do Programa de Metas. (Ianni, 1991, p.155)

O Plano de Metas visava transformar a estrutura econômica do país pela criação da indústria de base e a reformulação das condições reais de interdependência com o capitalismo mundial. Surgiu de várias confluências, abrangendo os setores de energia, transportes, alimentação e indústria de base. Ao todo, somavam-se trinta metas, incluindo-se o programa de formação de pessoal técnico, particularmente porque a indústria automobilística foi o empreendimento que sobrepujou todos os outros. Por outro lado, com o desenvolvimento do

modo de produção capitalista no Brasil, desenvolveram-se também tanto as relações de produção ou as forças produtivas – capital, força de trabalho, tecnologia e a divisão social do trabalho – como o conjunto da estrutura social, particularmente a estrutura de classes sociais.

A própria cultura transformou-se com o desenvolvimento de novas formas de pensar e agir, fazendo avançar assim a hegemonia da cultura urbana sobre a cultura agrária. Para Ianni, pode-se falar inclusive de uma segunda vitória da cidade sobre o campo, no sentido de que o poder político passou, em maior escala, às mãos da burguesia industrial. Entretanto, isso não significou sua independência em relação à oligarquia agrária, com a qual a burguesia industrial sempre foi obrigada a conciliar seus projetos modernizantes.

A partir dessa época, já não era mais possível reviver – a não ser como anacronismo – a ideologia da ‘vocação agrária’ do Brasil. A *indústria*, como categoria econômica, política e cultural passara a dominar o pensamento e a atividade dos governantes, e das classes sociais dos centros urbanos grandes e médios. (Ianni, 1991, p. 177, grifo do autor)

Essas mudanças qualitativas também reconfiguram o setor saúde. Nesse processo começa a se organizar o complexo médico-industrial, ou a tendência de integra o entre o Estado, as empresas médicas e as empresas industriais em saúde, o que corresponderá a uma avançada organiza o capitalista do setor. Tal fenômeno tem início após a Segunda Guerra Mundial, com o forte desenvolvimento da indústria farmacêutica e das pesquisas de novos medicamentos com o apoio do Estado. Estima-se que entre 1948 e 1958, nos EUA, os fabricantes de drogas introduziram 4.829 produtos novos, 3.686 novos compostos e 1.143 novas apresenta es de drogas estabelecidas, isto é, uma média de um novo fármaco por dia durante esse período. Em 1959, a venda anual alcançou a cifra de dois bilhões de dólares para as drogas  ticas (sem publicidade para o público) e 450 milhões de dólares para as não- ticas (Braga e Paula, 1981).

Ao longo do tempo, esse ramo industrial tornou-se uma das três indústrias mais lucrativas em termos de retorno percentual sobre o capital investido e, assim como outros ramos industriais, se expandiu internacionalmente, por meio da montagem de filiais e/ou da aquisi o de estabelecimentos preexistentes. A expansão da indústria de equipamentos médico-hospitalares, por sua vez, está intimamente associada   história da ascensão do hospital como centro dos serviços de saúde e às inova es tecnológicas na área, principalmente em torno de duas linhas de produtos: eletrônicos e descartáveis (Braga e Paula, 1981).

O que define a capitalização da medicina é exatamente o processo pelo qual o Estado, com os recursos previdenciários, assegura a ampla predominância da empresa privada (clínicas e hospitais particulares) na prestação dos serviços de saúde, o que leva à constituição de empresas capitalistas no setor e conseqüentemente à maior tecnificação do ato médico, ao assalariamento em larga escala dos trabalhadores de saúde e a uma maior divisão técnica do trabalho. A articulação da medicina com o mundo da produção de mercadorias se aprofunda com a ampla utilização dos medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica, com seus produtos sempre renovados, e a incorporação de uma variedade de equipamentos, máquinas e insumos produzidos por diversos setores industriais, que ao serem consumidos completam o ciclo de valorização do capital.

Essa articulação iria permitir que o setor de atenção médica no Brasil aumente de importância econômica, mobilizando um volume cada vez maior de recursos e uma crescente acumulação de capital em seu interior,⁸¹ e ao mesmo tempo o aumento da dependência externa, na forma de controle do capital, da tecnologia empregada e da importação de equipamentos e matérias-primas.

Segundo Braga e Paula (1981), no período de dez anos (1956-1966) cresce de maneira importante o volume de recursos para a assistência médica com financiamento baseado fundamentalmente na arrecadação previdenciária; a assistência médica é cada vez mais realizada por instituições privadas; o padrão de organização centrado no hospital segue o das sociedades industrializadas, com elevado grau de utilização de equipamentos e fármacos, e com a especialização crescente de mão-de-obra; e a tecnologia incorporada, tanto na produção dos serviços como na produção de insumos, é uma tecnologia de ponta. Portanto, a partir desse momento, a prática médica vai deixando de ser artesanal ou manufatureira – prestada pelo médico isolado e por serviços bastante simplificados – e passa a assumir características de grande indústria – papel desempenhado pelo hospital moderno. É como se, tardiamente, a atenção à saúde vivesse a sua ‘Revolução Industrial’, como diriam Braga e Paula (1981); ou

⁸¹ Hobsbawm (2000) diz que uma das principais inovações que transformaram o mundo após a Segunda Guerra Mundial foi a do setor químico e farmacêutico. Essas inovações, aliadas à revolução dos transportes, tiveram um impacto imediato em termos demográficos, particularmente nos países dependentes, ao colocar à disposição remédios antes desconhecidos (por exemplo, DDT e antibióticos), possibilitando pela primeira vez salvar vidas em escala maciça, mas ao mesmo tempo aumentando o fosso entre países ricos e pobres. Nas décadas de 1960 e 1970, o impacto também ocorre no âmbito cultural, mais especificamente no que se convencionou chamar de ‘revolução sexual’, com a invenção de antibióticos e anticoncepcionais. No Brasil, na década de 1970, enquanto a indústria farmacêutica atingia a marca de um bilhão de dólares de lucro em 1976, dados de 1974 revelavam que o país era vice-campeão da mortalidade infantil na América Latina, atrás apenas do Haiti (Germano, 1984).

houvesse a superação da medicina liberal pela medicina tecnológica, de acordo com Donnangelo (1976).

Resumindo, quando se dá a entrada do Brasil na etapa de acumulação industrial, ou seja, a formação no interior da economia de um setor de produção de bens de capital inter-relacionado com a diversificação do consumo, dá-se também a constituição capitalista de um setor de atenção à saúde, em que a produção privada de bens e serviços é crescente e aceleradamente financiada pelo Estado, via arrecadação previdenciária. O crescimento deste setor se dá a taxas maiores do que o restante da economia, como decorrência tanto de seu movimento interno, como das pressões sociais a exigirem maior cobertura e universalização do sistema previdenciário. (Braga e Paula, 1981, p. 76)

Ocorre que, no âmbito do sistema previdenciário, ao se expandir a prestação da assistência médica, agrava-se também a situação econômico-financeira do sistema, provocando um desequilíbrio na relação entre despesas e receitas. Ambas as questões são decorrentes não só da crescente demanda por cuidados médicos de uma grande massa de assalariados que se deslocaram para os grandes centros urbanos, aí encontrando precárias condições de trabalho e baixos salários, mas também da tecnificação e elevação de custos dos atos médicos. Agrega-se a isso a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960 (lei n. 3.087, de 26/8/1960), que agrava mais ainda a situação financeira do sistema na medida em que uniformiza por cima os direitos dos segurados de todos os institutos no padrão dos melhores IAPs. No entanto, a lei não veio acompanhada de medidas que solucionassem os problemas da receita, tais como os atrasos e a dívida crescente dos empregadores e da União com o sistema, o que resultaria mais adiante na crise previdenciária.

A aprovação da LOPS foi um golpe mortal no modelo contencionista e de capitalização até então operante, justamente por tratar de forma abrangente a política previdenciária, incorporando as demandas dos segurados como resultado de uma atuação sindical mais coordenada (Oliveira e Teixeira, 1986). Mas essa lei também normatizou um padrão de intervenção do Estado na assistência médico-hospitalar, que sedimentou a segmentação do sistema de saúde no país, ao instituir duas modalidades de atendimento: aqueles trabalhadores que pudessem escolher os serviços e pagar uma parte das despesas manteriam o direito de serem atendidos nos serviços dos IAPs, mas aqueles de menor renda não tem escolha, só teriam acesso aos serviços dos IAPs. Assim, “institui-se [...] duas modalidades de rede assistencial, ambas legitimadas pela Previdência Social, interligadas pelo financiamento estatal e livre fluxo dos médicos e pacientes de maior renda entre serviços próprios e privados” (Bahia, 2005, p. 420). Além disso, os próprios sindicatos começaram a

prestar assistência à saúde aos associados e seus familiares, por meio de convênios com a Previdência Social,⁸² passando a assumir uma função pública que ficou como herança para o movimento sindical brasileiro: o assistencialismo em saúde (Cordeiro, 1984; Dornelles, 1995).

Na prática, essa lei oficializou o que já vinha ocorrendo, ao permitir oficialmente que as empresas atendessem aos seus empregados e dependentes por serviços próprios e contratados, garantir a possibilidade de livre escolha do médico e prever a participação do usuário no custeio dos serviços ou copagamento.

Segundo Bahia (2005, p. 413), todo o debate sobre a expansão de cobertura e padronização dos benefícios previdenciários que ocorre nesse período, longe de privilegiar o setor público, levou, ao contrário, “à preservação e incremento da prática liberal da medicina e de hospitais privados e dos serviços médicos das empresas empregadoras”. A justificativa era a insuficiência da capacidade instalada dos hospitais públicos para atender a demanda e a possibilidade de optar por um atendimento diferenciado. Portanto, essa autora diz que antes mesmo do golpe militar de 1964 já estava configurada na relação público-privado em saúde não só a privatização como, também, a legitimação da segmentação das demandas, segundo a condição de renda e não quanto aos problemas de saúde dos segurados.

Entretanto, o processo de capitalização da medicina estava apenas se iniciando. Segundo esses estudos, pode-se identificar dois marcos institucionais importantes, a partir dos quais se radicaliza a integração Estado, empresas de serviços médicos e empresas industriais: a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966 (decreto n. 72, de 21/11/1966), e a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974 (lei n. 6.025, de 25/6/1974).

Para Cordeiro (1984), a unificação da Previdência Social deve ser entendida antes de tudo como um momento particular da reordenação do aparelho de Estado, tornada possível após a vitória do golpe militar de 1964 e com a conseqüente recomposição do bloco do poder. Para Oliveira e Teixeira (1986), o processo de unificação dos IAPs inseriu-se no processo de modernização da máquina estatal e de desmobilização da classe trabalhadora organizada

⁸² Cordeiro (1984) diz que os convênios celebrados com sindicatos e outras entidades para a prestação de assistência médica dos IAPs, no período 1960-1964, eram definidos como uma forma alternativa de prestação de atendimento para as localidades onde não havia conveniência em manter serviços próprios, e de preferência deveriam ser realizados com os sindicatos, depois com empresas públicas e por último com as instituições privadas. De forma que, na sua avaliação, as soluções encontradas procuravam salvaguardar essa prestação da privatização generalizada, privilegiando o quanto possível os serviços próprios. Mas essa política seria suplantada no pós-1964, por uma orientação que teve como tônica e fonte propulsora o fortalecimento do setor privado.

como força política, com a conseqüente diminuição do seu papel de articulação e de pressão na defesa dos seus interesses. Tratou-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e sociedade em geral e especificamente da relação entre Estado e classes trabalhadoras.

Essa reorientação fica clara ao compreendemos que a política econômica adotada após o golpe militar de 1964, fundamentalmente privatizante, foi um elemento importante para a recomposição das relações entre as classes sociais no país. Para Ianni (1991), as políticas econômicas dos governos militares (1964-1985) adquiriram uma nova sistemática e orientação em relação ao que se fazia antes, a partir de três objetivos principais: estabilização financeira; ‘racionalização’ do sistema produtivo, desde o mercado de capitais até as relações de produção; e reintegração da economia brasileira no sistema capitalista mundial.

Partindo dos princípios de interdependência e modernização, como requisitos políticos e organizativos para o funcionamento e progresso da economia brasileira, a primeira questão que o bloco civil e militar teve que enfrentar foi a contenção da inflação. Entre as medidas tomadas estavam a progressiva contenção dos déficits governamentais, com cortes das despesas não prioritárias, uma política salarial que a título de eliminar a instabilidade congelou os salários, e uma política de crédito restritiva que, ao prejudicar tanto a pequena e a média empresas como parte da grande burguesia industrial brasileira, teve como consequência o aumento do número de falências e concordatas.

Nesse contexto, havia quatro opções para o empresariado nacional: a primeira, ‘modernizar’ ou ‘racionalizar’ a empresa, desde os sistemas de informação e processos decisórios até a própria divisão do trabalho social, na esfera de produção; a segunda, a associação com empresas ou grupos econômicos mais poderosos e autônomos, quanto a recursos de capital e tecnologia. A terceira alternativa era pura e simplesmente aceitar a assimilação da empresa por outra empresa ou grupo econômico com melhores condições técnicas e organizacionais e melhor posição no mercado. Como quarta e última opção, restava ao empresário encerrar as atividades por conta própria ou pedir falência.

As filiais ou associadas das empresas estrangeiras ou multinacionais, por sua vez, tiveram maiores facilidades de acesso a capital de giro para a expansão de suas atividades no país, pois o crédito interno não era reservado exclusivamente às empresas nacionais, e o crédito externo não estava sujeito às limitações quantitativas estabelecidas pela política anti-inflacionária, o que vai contribuir para o aumento da dívida externa.

Em consequência, acentuou-se o processo de concentração do capital, pela associação e absorção de empresas pertencentes ao mesmo setor produtivo ou a setores distintos. Em poucos anos, transformou-se a estrutura do sistema empresarial no Brasil, acentuando-se a importância relativa e absoluta das grandes empresas (e corporações) multinacionais no conjunto do subsistema econômico no país [principalmente nos setores industrial e financeiro]. (Ianni, 1991, p. 266)

As condições econômicas (financeiras, cambiais, salariais, fiscais, tributárias) e políticas (hegemonia absoluta do Poder Executivo sobre o Poder Legislativo, após o AI-1) facilitaram o funcionamento e a expansão das grandes empresas, principalmente aquelas ligadas a empresas estrangeiras, evidenciando assim de forma clara a dependência estrutural da economia brasileira ou o seu caráter periférico-associado-dependente. Não se tratava de ‘desnacionalização’, mas de uma nova fase no processo de reprodução e concentração de capital, em nível internacional, ao mesmo tempo que respondia a uma nova relação entre Estado e a empresa privada no Brasil.

Isto é, o Estado foi levado a interferir de modo crescente na economia, principalmente para aperfeiçoar as condições propícias aos investimentos e negócios privados. Por um lado, o poder público reelaborou e aperfeiçoou as garantias políticas, para que os investidores estrangeiros pudessem sentir os seus interesses assegurados. [...] Por outro lado, o poder público também reelaborou e aperfeiçoou as condições indispensáveis ao funcionamento adequado (do ponto de vista da empresa privada) dos mercados de capital e força de trabalho. (Ianni, 1991, p. 274)

Portanto, para este autor, a política econômica foi um elemento importante para a recomposição das relações entre as classes sociais, na medida em que a política creditícia, fiscal e cambial provocou um enfraquecimento da posição relativa e absoluta de setores da burguesia brasileira em favor da grande burguesia multinacional. Por outro lado, a política salarial e o congelamento salarial daí decorrente foi uma recomposição das relações entre as classes assalariadas e os compradores da força de trabalho, distorcendo profundamente a distribuição de renda no país associada à superexploração do trabalho pelo aumento da jornada de trabalho, levando consequentemente à concentração de renda em favor dos proprietários do capital.

No período 1964-1968, o salário médio real dos operários industriais tendeu a decrescer; exceto as categorias de pessoal qualificado dos setores industrial e de serviços, a grande maioria dos trabalhadores não qualificados sofreu uma importante redução do seu nível de vida, com a pauperização crescente. O ‘arrocho salarial’ transformou a inflação em

técnica de poupança monetária forçada. Assim, a política salarial passou a exercer a mesma função de uma política de ‘confisco salarial’.

Esse processo, do ponto de vista da atenção à saúde, levou à exclusão de parcelas significativas dos assalariados urbanos do consumo médico vinculado à prática autônoma, o que contribuiu para inviabilizar economicamente esse tipo de prática. Por sua vez, o atendimento à saúde pública ficou relegado a segundo plano, o que se torna patente ao se verificar a participação decrescente do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento global da União: em 1968, correspondia a 2,21%; em 1972, a 1,40%. Para Braga e Paula (1981), isso representou na verdade uma decisão política, visto que a ênfase no interior do setor saúde não era com as ações de saúde pública, voltada para o atendimento das necessidades coletivas, mas sim com a medicina previdenciária, voltada para a prática hospitalar, curativa, individual, assistencial e especializada. Essa opção assegura, no entanto, a ampla predominância da empresa privada em detrimento da expansão dos hospitais públicos e articula o setor saúde com os interesses do capital internacional de fármacos e equipamentos, possibilitando o desenvolvimento do complexo médico-industrial.

Mas os trabalhadores também foram obrigados a pagar um preço político, pois a liquidação da democracia expressou-se também no âmbito do sindicalismo, com o estabelecimento de novas normas para o exercício de greve, aposentadoria, assistência médica, estabilidade no emprego etc. “A ‘paz social’ [...] foi definida como ‘requisito fundamental da segurança nacional’. Em consequência, a ‘greve proibida’, ou deflagrada de modo ilegal, passou a ser considerada como atentatória à segurança nacional” (Ianni, 1991, p. 279).

O sindicalismo é reformulado exigindo-se um novo padrão de organização e de liderança sindical. As lideranças ‘carismáticas’ dos tempos do trabalhismo populista cedem lugar às lideranças esclarecidas. O sindicato, por sua vez, perde a sua função política de órgão de reivindicação salarial, cuja definição passa a ser função do Poder Executivo, e torna-se um órgão de caráter eminentemente assistencial e recreativo, e de colaboração do poder público.

Ao mesmo tempo que o Estado combate o trabalhismo ‘paternalista’ e ‘demagógico’ dos tempos do trabalhismo, começa a preconizar uma política de distribuição de benefícios indiretos à classe operária, como forma de ‘popularizar’ o governo e ‘reconciliar’ os trabalhadores com o Executivo. Essas motivações estão na base da criação do Programa de Integração Social, assim como da Política de Ação Social, em 1970. O primeiro tinha a

finalidade de ‘integrar o trabalhador brasileiro no sistema econômico do país’, e o segundo estabelecia medidas da nova política de assistência social e sindical aos trabalhadores, tais como uma sede com escola, ambulatório, clube esportivo e centro de reuniões para o associado e sua família.

Essas foram as condições que permitiram o crescimento econômico a uma taxa média de 11,1% ao ano do denominado ‘milagre econômico brasileiro’, que se verifica entre 1968 e 1973, período no qual o país também se beneficiou de uma conjuntura econômica mundial francamente favorável em face da grande liquidez de capitais no mercado internacional.

No âmbito da medicina previdenciária, a ruptura com o modelo populista pelo regime militar em 1964 não representou uma alteração da tendência já consolidada naquele período de incremento da política assistencialista da Previdência Social. Pelo contrário, essa tendência se ampliou como forma de transferir as pressões econômicas para a esfera estatal, por meio das concessões de benefícios pecuniários e assistência médica, como mecanismo necessário de suavização das tensões sociais e como forma de legitimar o regime e cooptar politicamente os trabalhadores.

Para Oliveira e Teixeira (1986), como a assistência à saúde já havia sido consolidada e incorporada como um direito de cidadania, não era mais possível ao regime autoritário voltar atrás nesse assunto. Assim, a estratégia das classes empresariais foi no sentido de manter e ampliar esse direito como “possibilidade de obtenção da harmonia social em um contexto altamente desfavorável para os trabalhadores, impossibilitados de organização e participação política, e sobretudo os principais prejudicados pelo selvagem processo de acumulação” (Oliveira e Teixeira, 1986, p. 204-205).

A tendência à universalização da cobertura iria se consolidando ano a ano com a integração ao INPS dos seguros de acidentes de trabalho, com a criação do Funrural para os trabalhadores rurais e a extensão dos benefícios previdenciários às empregadas domésticas e trabalhadores autônomos. Excetuando-se os trabalhadores do setor informal da economia, todos os outros trabalhadores urbanos passariam a ser cobertos pela Previdência Social.

Entretanto, para responder de forma mais eficiente a essas demandas e acelerar o processo de empresariamento da saúde, foi necessário antes de tudo resolver a crise financeira da Previdência Social, exacerbada de maneira violenta e rápida com o aumento dos custos da assistência médica, impossibilitando o acesso da maioria dos segurados e ameaçando o desempenho dos mecanismos institucionais de financiamento específico. Ou seja: resolver a

contradição entre a tendência abrangente da concessão de benefícios e assistência médica e a estreiteza da sua base de financiamento, assentada fundamentalmente na contribuição dos segurados.

Essa contradição é resolvida parcialmente com a criação de outros mecanismos de capitalização compulsória, tais como a criação do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep). A criação do Sistema Financeiro de Habitação (SFH) também se insere no movimento de reforma administrativa, na medida em que livra os institutos previdenciários desse encargo e permite maior disponibilidade financeira de seus recursos para atender a seus objetivos específicos.⁸³

Portanto, a reforma previdenciária surge no conjunto das medidas da política social emanada dos planos e programas de governo entre 1964 e 1970, com o argumento básico de que era preciso resolver a crise financeira dos IAPs e, por conseguinte, havia a necessidade de se adotarem novas formas de regulação das instituições e de prestação de serviços, o que encobria assim o seu sentido político. Com a unificação dos IAPs no INPS, à Previdência Social caberia unicamente a função assistencial e redistributivista limitada ao contingente de trabalhadores que constituem seu esteio orçamentário. Dessa forma, a reforma previdenciária resolve momentaneamente a crise.

O período 1964-1967 pode ser caracterizado “como da montagem autoritária de um projeto ‘estatizante-privatista’, marcado pelo discurso da ‘modernização e racionalização administrativas’, da ‘produtividade’ e da ‘descentralização’ (da execução das ações) importadas da prática ideológica do planejamento econômico” (Cordeiro, 1984, p. 57). É um período caracterizado também pela organização de um conjunto de forças institucionais liberais e privatizantes da corporação médica, que se tornam portadoras de um discurso medicalizante como solução para os graves problemas de saúde da população e se tornam dominantes com a unificação da assistência médica no INPS. Os discursos sanitaristas e preventivistas são mantidos sob controle do poder burocrático, o qual emerge com nova face, a de portador de uma racionalidade ‘neutra’, ‘científica’, ‘apolítica’, portanto considerada ‘verdadeira’.

⁸³ O SFH e o Banco Nacional da Habitação (BNH) foram criados pela lei n. 4.380/1964; o FGTS, pela lei n. 5.107, de 13/9/1966, atualmente regido pela lei n. 8.036, de 11/5/1990; o Programa de Integração Social (PIS), pela lei complementar n. 07/1970, para os empregados da iniciativa privada; e o Pasep, pela lei complementar n. 08/1970, para os funcionários públicos.

O planejamento autoritário resultou na substituição da participação sindical nas decisões da Previdência Social e consolidou o entrelaçamento entre a tecnoburocracia previdenciária oriunda do IAPI, defensora dos interesses do setor industrial e da transferência da assistência médico-hospitalar para o âmbito privado, e os empresários da saúde, organizados em torno da Associação Médica Brasileira (AMB) e filiadas, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), fundada em 1965, e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), criada em 1966. É essa articulação que fortalece e consolida o complexo médico-industrial num movimento no qual a atenção médica se ‘estatiza’ e o Estado se privatiza (Luz, 1979).

Entretanto, Cordeiro (1984, p. 95) acentua que o projeto de empresariamento na área de saúde estava longe de se constituir em algo homogêneo e consensual entre esses diversos setores. Por isso mesmo, para ele, não deve ser visto como um projeto propriamente dito, isto é, “como um conjunto de meios coerentemente articulados para alcançar determinado fim”. Antes, é “um processo contraditório em si mesmo e em suas relações com o aparelho estatal de saúde”, relações que, dependendo da conjuntura política, se opõem ou se articulam na defesa de seus interesses específicos.

Quais as medidas e os instrumentos criados para viabilizar o empresariamento da saúde? O *convênio-empresa* e a *contratação de hospitais privados*. A primeira modalidade é o segmento mais nitidamente capitalista do complexo médico-empresarial, isto é, o pólo mais dinâmico de penetração das relações capitalistas de produção na organização da prática médica. Nessa modalidade, o INPS estabelece convênio com uma empresa contratante pelo qual esta fica responsável pela atenção médica a seus empregados, desobrigando teoricamente o INPS de prestação direta de tais serviços. Ela recebe um subsídio e compra os serviços de uma empresa médica especializada chamada ‘medicina de grupo’, ‘grupo médico’ ou ‘empresa médica de pré-pagamento’.

Até 1964, a medicina previdenciária não incluía esse tipo de organização da prática médica; ela exercia a assistência por meio dos serviços próprios e nos então minoritários serviços credenciados, que não se vinculavam tão diretamente aos interesses das empresas. O primeiro convênio-empresa foi celebrado em maio de 1964 entre o IAPI e a Volkswagen, na região do ABC paulista, na tentativa de resolver a expansão da demanda de um setor estratégico para a retomada do desenvolvimento capitalista e de uma parcela do operariado politicamente mais organizado. Em 1965, já havia mais de dez grupos médicos operando com

planos de pré-pagamento em São Paulo, e em 1967 existiam cerca de vinte grupos. No Rio de Janeiro, de acordo com Cordeiro (1984), a expansão foi mais lenta em decorrência da não-aceitação do convênio pelo empresariado local. Em 1973, em todo o país, existiam 132 grupos médicos; destes, 75% localizavam-se em São Paulo.

O convênio-empresa foi adotado tanto pelos setores monopolistas do capital, que incorpora mão-de-obra mais qualificada, como pelos segmentos não-monopolistas, inclusive do setor terciário, tais como pequenas empresas de serviços, bancos e companhias financeiras, que geralmente incorporam assalariados de melhor nível de renda, mais jovens e com expectativa de atendimento equivalente à dos executivos. É uma modalidade, portanto, que reserva para si os segmentos populacionais inseridos na população economicamente ativa com menores riscos de adoecer e, conseqüentemente, necessita de menos atos médicos, sendo a grande parte dos custos consumida pelos pequenos riscos e por despesas com medicina preventiva. Essa prática gera, no entanto, uma segmentação discriminatória da qualidade do atendimento por faixas diferenciadas: *standard*, extra, especial e executivo.

Do ponto de vista da empresa, o convênio com um ‘grupo médico’ surge como a melhor alternativa para atrair pessoal mais qualificado, aumentar os ganhos de produtividade pela redução do absenteísmo e vender uma boa imagem social da empresa. Do lado dos assalariados, a assistência médica prestada por esses convênios parecia atender à insatisfação em face do estrangulamento da demanda nos hospitais próprios do INPS, além de propiciar maior facilidade de internações.

Segundo Oliveira e Teixeira (1986), trata-se na prática de uma terceirização tal qual a compra de outros serviços que não constituem a atividade principal das grandes organizações industriais, comerciais e financeiras, como limpeza, conservação de máquinas, jardinagem etc. Mas a principal questão é que com o advento dessa modalidade, há uma profunda ruptura com a antiga modalidade de assistência médica organizada no interior das fábricas fordistas, por meio dos departamentos médicos da empresa. Ainda que sejam mantidas as mesmas funções destes,⁸⁴ elas se diferenciam substancialmente na medida em que a ‘medicina de

⁸⁴ Tais como a seleção de mão-de-obra com menor probabilidade de causar problemas futuros, como o absenteísmo e conseqüentemente a interrupção da produção, a baixa da produtividade e os gastos com obrigações sociais; o maior controle da força de trabalho empregada por meio da análise dos casos de doenças, faltas e licenças; a possibilidade de um retorno mais rápido do trabalhador à produção pelo funcionamento mais eficaz desse controle; e a perspectiva de tornar a empresa mais ‘atraente’ de mão-de-obra qualificada, ao afastar os empregados tanto dos gastos individuais com saúde quanto das filas e outros empecilhos da Previdência Social, o que pode resultar, entre outros aspectos, em melhor desempenho no contexto da competição interempresarial e na ‘paz social’ dentro da empresa.

grupo' é regida por uma lógica interna que visa basicamente à lucratividade pela diminuição dos custos de tratamentos. Essa finalidade vai ter consequências profundas no tipo e no nível da medicina praticada, implicando quase que necessariamente uma limitação crucial ao exercício consciencioso dessa prática.

Os contratos são constituídos num regime de 'pré-pagamento por captação', isto é, estipula-se uma quantia fixa por trabalhador assegurado e o total é pago mensalmente à empresa médica, independentemente da quantidade e dos tipos de atos médicos realizados no período. É um mecanismo que gera interesses complementares entre a empresa médica e a empresa contratante, tais como a seleção de trabalhadores da forma mais acurada possível, de modo a reduzir ao máximo os atos médicos futuramente necessários.

Quando selecionado e detectado um caso de doença grave que implique atos cirúrgicos mais complexos e caros, ou internação prolongada, há duas alternativas: a demissão do empregado ou o encaminhamento para a Previdência Social. Neste último caso, além de financiar as empresas médicas, o INPS acabava arcando com as atividades médicas mais caras, complexas e lentas, o que a princípio estava excluído a partir da celebração do convênio, pelo qual deixava de ter qualquer responsabilidade pela atenção médica aos empregados de uma organização e seus dependentes.

Dessa forma, ocorre um entrosamento perfeito entre as empresas médicas, que buscavam minimizar os seus custos de tratamento, e a empresa contratante, que buscava evitar o absentéismo e aumentar a produtividade. Portanto, o crescimento dessa modalidade ocorreu à medida que a Previdência passou a arcar com parte considerável dos custos, possibilitando que ela fosse implantada mesmo nas empresas contratantes, onde isso seria economicamente inviável apenas com seus recursos próprios – em razão do barateamento dos custos para essas empresas, consequência da socialização dos gastos que antes seriam eminentemente privados; e da radicalização do caráter especial e parcial do trabalho realizado pela empresa médica, que se especializa em exercer ações sobre o corpo humano que interessa exclusivamente à produtividade, o que para Oliveira e Teixeira acaba aperfeiçoando 'o sonho de Ford'.

A segunda modalidade – *contratação dos hospitais privados* – é uma forma de articulação em que os serviços privados de saúde são credenciados para atenderem aos segurados, recebendo pagamento pelos serviços prestados na base de unidades de serviço (US), com base em uma tabela de preços elaborada pelo INPS. Segundo dados de 1967, dos 2.800 hospitais existentes no país, 2.300 estavam contratados pelo INPS, o que tornava a rede

privada dominante em termos de produção de serviços, enquanto os hospitais públicos ocupavam lugar secundário no que diz respeito ao volume de atos médicos, principalmente internações (Oliveira e Teixeira, 1986).

Essa modalidade passa a ser o principal esteio para a expansão da cobertura, ao mesmo tempo que o seu privilegiamento deu condições para que a prática médica se tornasse altamente lucrativa, além de que fosse inserida tal prática na órbita da reprodução do capital das indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos. Desse modo, o que ocorre no período é a elevação do número dos hospitais privados, “operados com finalidade lucrativa: 14,4% em 1960; 44% em 1971 e 45,2% em 1975; ao mesmo tempo, vai se dissolvendo – especialmente depois da unificação dos institutos – a diferença entre lucrativos e não lucrativos” (Braga e Paula, 1981, p. 110).

Cordeiro (1984) ressalta que um número crescente dos hospitais vinculados a entidades filantrópicas e beneficentes transformou-se em unidades empresariais, isto é, passaram a ser regidos pela lógica empresarial. No entanto, ocorre também uma certa divisão de trabalho entre hospitais públicos e privados. “Aos primeiros, geralmente melhor equipados, ocorrem os casos mais graves, de tratamento mais demorado e difícil, e portanto mais custoso. Aos hospitais privados destinam-se os casos mais simples, mais rápidos, mais baratos – e mais lucrativos” (Braga e Paula, 1981, p. 111).

Tal forma de credenciamento, justificada por questões de natureza técnica, tais como a insuficiência dos hospitais públicos para atender a demanda crescente dos segurados, irá representar a quase totalidade dos gastos com a assistência médica previdenciária. “De 1969 a 1975 a porcentagem de serviços comprados a terceiros representou cerca de 90%, em média, da despesa geral do INPS” (Oliveira e Teixeira, 1986, p. 219). Entretanto, o crescimento dessa despesa não representou necessariamente o aumento da demanda por serviços médicos, mas uma fonte incontrolável de corrupção com o uso de expedientes tais como a multiplicação e o desdobramento de atos médicos, a preferência pelas intervenções mais caras, a ênfase nos serviços cirúrgicos, o aumento dos partos por cesariana e a utilização de contas fantasmas, isto é, a utilização de pacientes que nunca foram submetidos a nenhum tratamento.

Essa caracterização sumária dessas duas modalidades não esgota a política de privilegiamento do setor privado que se exacerbou durante os governos militares, pois concomitantemente foi ampliado o sistema de credenciamento de médicos, de clínicas radiológicas e de laboratórios clínicos. Além disso, a corporação médica começou a organizar

também o que passou a ser denominado de *cooperativas médicas*, cuja emergência está associada às críticas da medicina liberal à medicina empresarial.

A partir de 1968, a Associação Médica Brasileira (AMB) e alguns sindicatos médicos iniciaram um movimento de oposição às empresas médicas, acusando-as de mercantilizar a medicina e de cometer infrações ao código de ética médica, dado que a assistência médica é de estrita competência da pessoa física do médico, portanto é este que detém a responsabilidade e o direito correspondente. Inicialmente, essa forma de organização – as Unimed – foi apresentada como a antítese das empresas médicas, por ser cooperativista e não uma organização capitalista.⁸⁵ Entretanto, progressivamente, essa modalidade evoluiria para a adoção dos ‘convênios-empresa’, gerindo e repassando recursos de forma semelhante às empresas médicas. “Portanto, pretendendo-se colocar à margem da ‘medicina capitalista’, ainda assim, passava a integrar o complexo médico-empresarial e previdenciário” (Cordeiro, 1984, p. 71), disputando o mercado da clientela potencial – empresas industriais e de serviços – com a mesma lógica assistencial e modalidade de financiamento – o pré-pagamento, com ou sem a interveniência da Previdência Social.

Portanto, ao contrário das décadas anteriores, em que a Previdência Social tinha por interlocutores pequenas instituições privadas, pequenas clínicas, hospitais e consultórios, isolados entre si, e que como tais tinham que se submeter às regras de jogo impostas por ela, no final dos anos 1960 passaram a vigorar no país instituições médicas privadas de grande porte, maior complexidade e caráter empresarial mais marcado; além disso, se organizaram como grupo, o que as elevou à condição de forte bloco de influência sobre a própria Previdência Social.

A consolidação do complexo médico empresarial, entretanto, só iria ocorrer na segunda metade dos anos 1970, com a colaboração do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Numa conjuntura internacional e nacional marcada pela recessão dos países capitalistas centrais e pelo esgotamento do ‘milagre econômico’, respectivamente, o Estado brasileiro subsidia a consolidação da *burguesia empresarial nacional na área de saúde*,

⁸⁵ Segundo seus defensores, liderados pela AMB, as cooperativas obedeciam a certos princípios: a cooperativa é uma entidade aberta, na qual qualquer médico pode participar na condição de profissional ou mesmo na gestão; a gestão tem caráter democrático, pois enquanto na empresa médica quem dirige é o detentor do capital, na Unimed a direção é eleita pelo grupo dos médicos, por tempo determinado, e pode ser destituída por uma assembleia geral; o trabalho médico é baseado na autonomia, na livre escolha do médico pelo paciente, e é remunerado pelos atos médicos; por último, não sendo uma organização de caráter lucrativo, remunera os médicos segundo a sua produtividade e distribui as sobras do balanço anual de acordo com a participação percentual de cada médico na quantidade de prestações da cooperativa.

buscando ao mesmo tempo atender aos interesses privatistas no setor e responder à grave crise social e sanitária que então se instala.

Observa-se nesse contexto a emergência da política de extensão de cobertura dos serviços de saúde, que implica tanto a reestruturação da Previdência Social como a do Ministério da Saúde (MS). A expansão e a consolidação do complexo médico-empresarial, assim como os programas de extensão de cobertura organizados no âmbito do MS, são sustentados com base principalmente na incorporação de trabalhadores técnicos de enfermagem de baixa escolaridade e precária qualificação profissional. No interior do complexo médico-empresarial, a figura emblemática é o ‘atendente de enfermagem’, nos programas de extensão de cobertura, o ‘atendente polivalente’, um perfil híbrido de agente comunitário de saúde e auxiliar de enfermagem.

3.3 Os programas de extensão de cobertura, a consolidação da *burguesia empresarial nacional* e a ‘crise da previdência’

Na segunda metade dos anos 1970, esgota-se o ‘milagre econômico brasileiro’, decorrente antes de tudo das características do modelo econômico adotado no pós-64, de internacionalização e subordinação crescente da economia brasileira ao mercado mundial, baseado em vultosos empréstimos externos solicitados às agências internacionais de financiamento, aliado a uma política sistemática de concentração de rendas, conseqüente ao arrocho salarial dos trabalhadores.

No plano internacional, marca-se um momento de inflexão na economia mundial, caracterizada pela diminuição das perspectivas de continuidade do processo de acumulação de capital na mesma intensidade que nos ‘anos de ouro do capitalismo’. Entre os elementos que contribuíram para a crise, na época, estão: 1) o crescente déficit da balança de pagamento dos EUA – associado ao seu papel de ‘locomotiva do mundo’, o que exigia elevados investimentos diretos no exterior e volumosos empréstimos a outros países, além dos gastos militares no contexto da Guerra Fria; 2) a alta da inflação americana – que começa a se esboçar na segunda metade da década de 1960 e a solapar na década seguinte o papel do dólar como moeda-reserva internacional estável; 3) a primeira crise do petróleo em 1973 – que

afasta os capitais da atividade produtiva, combinada com a recessão mundial que se instala em 1974 e; 4) a segunda crise do petróleo, em 1979.

A associação desses elementos está na origem do rompimento unilateral dos EUA com o sistema de Bretton Woods, que desvincula o dólar do ouro em 1971, do estímulo cada vez maior dos capitais multinacionais de buscar novas formas de valorização, principalmente no mercado *offshore* londrino,⁸⁶ e da brutal elevação das taxas de juros americanos em 1979, como forma de recuperar o poder da moeda americana no mercado internacional.

A consequência mais imediata desse processo no plano social foi a emergência do que Castel (1998) denomina de ‘supranumerários’ ou ‘inúteis para o mundo’, o que se manifesta na transformação do emprego no conjunto dos países capitalistas centrais, ou melhor, no aumento do desemprego, que atinge na França a taxa de 12% da população ativa em 1976. O desemprego a partir desse momento não surge como uma bolha a ser reabsorvida, mas se insere juntamente com a precarização do emprego na própria dinâmica da modernização, como consequência das reestruturações industriais e da lógica da competitividade. Um contingente crescente de trabalhadores já não tem o contrato por tempo indeterminado como paradigma do emprego homogêneo e estável, mas diversas formas de emprego marcadas pela precarização, tais como: contrato por tempo determinado, trabalho em tempo parcial, terceirização, trabalho autônomo, cooperativas etc.

Esse momento marca o início de uma trajetória de endurecimento do capital, tendo o apoio do Estado, contra a classe trabalhadora, com o abandono de acordos antes realizados e ataque às conquistas sociais. Marca, outrossim, o prenúncio de um novo estilo de acumulação denominado por Chesnais (1996) de mundialização do capital, que apesar de manter algumas características das fases anteriores – extrema centralização e concentração de capital, interpenetração das finanças e da indústria etc. – muda o sentido e o conteúdo da acumulação de capital. “[O] estilo de acumulação é dado pelas novas formas de centralização de gigantescos capitais financeiros (os fundos mútuos e fundos de pensão), cuja função é frutificar principalmente no interior da esfera financeira” (Chesnais, 1996, p. 14).

⁸⁶ Segundo Hobsbawm (2000), o termo *offshore* entrou no vocabulário político na década de 1960, para designar a prática de registrar a sede legal de uma empresa num território fiscal generoso, ou seja, permitir aos empresários evitar os impostos e outras restrições existentes no país de origem. Essa prática se prestava particularmente a transações financeiras, o que transformou a *City* de Londres num grande centro *offshore* global, com a invenção da ‘euromoea’, sobretudo ‘eurodólares’, base para a fundação de um mercado global, principalmente de empréstimos a curto prazo, que escapava a qualquer controle do Estado. Esse mercado de euromoea líquida subiu de cerca de 14 bilhões de dólares em 1964 para aproximadamente 160 bilhões de dólares em 1973 e quase 500 bilhões de dólares em 1978.

Em síntese, a segunda metade dos anos 1970 marca o momento em que a esfera financeira passa cada vez mais a comandar a repartição e a destinação social da riqueza, que iria predominar a partir da eleição de Margareth Thatcher (1979-1990) e Ronald Reagan (1981-1989), na Inglaterra e nos Estados Unidos, respectivamente, com profundas repercussões no Brasil, nos anos 1990, após o denominado Consenso de Washington.

Com as duas crises do petróleo (1973, 1979), os empréstimos externos começam a escassear, e a quadruplicação do preço do petróleo no mercado internacional atinge a economia brasileira em dois pontos críticos. Em primeiro lugar, eleva os preços de determinadas matérias-primas essenciais (como petróleo), não havendo meios eficazes de reduzir sua importação; em segundo lugar, com a ampliação das dificuldades econômicas, a pauta de exportações brasileira – composta de produtos como café, açúcar, algodão etc. – perde em muito seu poder de troca, e já não é suficiente para financiar as importações.

A conseqüente crise econômica impede assim que os interesses econômicos das frações das classes dominantes sejam atendidos como antes e se desdobra numa crise política com a crescente insatisfação com o regime militar, que entra progressivamente em colapso com as derrotas sucessivas nas eleições parlamentares de 1974, 1978 e 1982. A vitória eleitoral da oposição a partir de 1974 deixa patente a perda de apoio das classes médias e populares, inclusive entre alguns segmentos da burguesia monopolista que haviam apoiado o regime. Desse ano em diante, o processo de ‘distensão lenta, gradual e segura’ do Governo Geisel e, logo após, a ‘abertura’ democrática do Governo Figueiredo permitem a retomada do processo de politização da sociedade, capitaneada pela Igreja Católica, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), os sindicatos de trabalhadores, principalmente os metalúrgicos do ABC paulista, e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), partido de oposição ao regime militar.

No contexto dessa profunda crise de legitimação, os aparelhos da sociedade civil puderam de novo voltar à luz, hegemônicos agora por um amplo arco de forças antiditatoriais, que ia da esquerda socialista aos conservadores ‘esclarecidos’. O ‘feiticeiro’ desencadeara forças que já não podia controlar. Pondo em prática uma política econômica fortemente modernizadora, a ditadura promoveu um espetacular desenvolvimento das forças produtivas: sob a égide de uma ‘revolução-restauração’, o Brasil ingressou na fase do capitalismo monopolista de Estado. E essa modernização, mesmo sendo ‘conservadora’ – na medida em que manteve e aprofundou a dependência ao imperialismo, as disparidades regionais e a distribuição desigual de propriedade e de renda –, consolidou de modo irreversível os pressupostos objetivos da ‘ocidentalização’ da sociedade brasileira. (Coutinho, 1999, p. 217)⁸⁷

⁸⁷ Carlos Nelson Coutinho evoca aqui as categorias ‘Oriente’ e ‘Ocidente’, que Gramsci utiliza no âmbito da sua discussão acerca do conceito de ‘Estado ampliado’. O que caracteriza a ‘orientalidade’ de uma formação social é a ausência de grandes

Do ponto de vista social, a perda de poder aquisitivo da população, o processo de intensa migração e urbanização desordenada, ou as consequências da relação concentração de renda e pobreza da população, traduzem-se na expansão da subnutrição e do número de doenças, endemias e epidemias como a de meningite no final de 1973, configurando uma crise social e sanitária.⁸⁸ Nesse contexto, a questão social passa a ser considerada uma prioridade estratégica com vistas a contornar a crise política e de legitimação que o Estado enfrentava nesse momento. Daí emerge o II Plano Nacional de Desenvolvimento Social (II PND), propondo reduzir as desigualdades sociais, distribuir rendas e ampliar o atendimento nas áreas de educação, enfatizando a ‘valorização de recursos humanos’, saneamento básico, habitação, saúde e previdência.

Nesse cenário, observam-se dois movimentos no interior do setor saúde. O primeiro, originário do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado pela lei n. 6.025, de 25/6/1974, se caracteriza pela ampliação da cobertura da medicina previdenciária e a aceleração da política de privatização da assistência médica, resultando daí um novo padrão no desenvolvimento do complexo médico-empresarial, particularmente daqueles segmentos mais diferenciados nas práticas ambulatoriais de cuidados à saúde, como veremos adiante. O segundo se origina do Ministério da Saúde (MS), de natureza complementar ao primeiro, que se materializa no lançamento do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan) e de diversos Programas de Extensão de Cobertura (PECs), como o Programa de Interiorização

partidos de massa, grandes sindicatos econômicos, e uma sociedade em ‘estado de fluidez’, isto é, onde o Estado é tudo e a sociedade civil é primitiva e gelatinosa. A ‘ocidentalidade’, ao contrário, se caracteriza pela progressiva substituição do Estado restrito por um Estado ampliado, complexo, maciço, no qual o crescente protagonismo das massas se traduz na criação de uma rede articulada de aparelhos privados de hegemonia. Portanto, para Gramsci, “a ‘ocidentalidade’ de uma formação social é [...] o resultado de um processo histórico” (Coutinho, 1999, p. 209, grifos do autor). À medida que se desenvolve o processo de socialização da produção, isso leva também ao crescente processo de socialização da participação política; conseqüentemente, a ‘fluidez’ é superada por uma nova situação, na qual a fórmula da ‘revolução permanente’ é elaborada e superada pela fórmula da ‘hegemonia civil’. Para esse autor, o processo de ‘ocidentalização’ no Brasil é muito peculiar, pois desde a Independência, apesar do predomínio de traços ‘orientais’, existe a presença de elementos ‘ocidentais’. Com o golpe de 1964, e antes com o Estado Novo, essa tendência foi freada, tanto pela quebra dos organismos autônomos da sociedade civil como pelo fortalecimento do Estado. Entretanto, a sociedade civil, embora duramente reprimida em alguns momentos (1969-1976), sempre conservou uma margem de autonomia real, pois o regime militar brasileiro nunca foi uma ditadura fascista clássica, ou seja, “não foi um regime reacionário *com bases de massa organizadas*” (Coutinho, 1999, p. 216, grifo do autor), não sendo assim capaz de criar organismos adequados à conquista de uma hegemonia real na sociedade brasileira, nem de fazer funcionar os aparelhos desta como ‘correias de transmissão’ de um Estado totalitário, como na Itália e na Alemanha. Caracterizou-se, assim, como uma ‘ditadura sem hegemonia’, que exerce a função de ‘domínio’, mas não de ‘direção’.

⁸⁸ Luz (1979) analisa a concentração de renda no Brasil nesse período e seu impacto sobre as condições de saúde da população. Ver capítulo 7.

das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), por exemplo.

Esses dois movimentos inauguram uma nova fase das políticas de saúde no país, que se por um lado mantém as mesmas características do modelo de assistência médica previdenciária, por outro expande a cobertura por meio da adoção de serviços básicos de saúde, determinados pela conjuntura político-econômica que exige uma nova postura em relação às políticas sociais. A ênfase nas medidas coletivas nesse momento destina-se, ao mesmo tempo, a conter a demanda que não pode mais ser absorvida pela medicina previdenciária e cumpre a finalidade principal de contribuir para a absorção de tensões sociais. Ambos os movimentos tentam responder concomitantemente à crise política do regime, à crise financeira da Previdência Social que se avolumava e à necessidade crescente da incorporação de grupos sociais antes excluídos do cuidado médico.

O discurso dominante passa a ser a necessidade de ‘integração’ da medicina curativa e da saúde pública com a rearticulação entre as diversas esferas de governo e entre o setor público e privado, base para a formulação da Lei do Sistema Nacional de Saúde (lei n. 6.229, de 27/7/1975). Nela se define a competência do MS para a formulação da política nacional de saúde e a promoção das ações voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo; e do MPAS, recém-criado, para o atendimento médico individualizado. Apesar da competência do MS, o II PND abole a necessidade de obediência da assistência médica previdenciária à política nacional de saúde, configurando assim a autonomização do MPAS em face do MS.

Essa autonomização vai ser necessária diante do papel de destaque que a Previdência Social assume nesse momento, com a intensificação de sua atividade assistencial. “Em outras palavras, as alterações na conjuntura política criam uma situação tal que passa a demandar o fortalecimento da opção pela seguridade social. E, mais do que isso, exige uma intensificação deste modelo através do aumento crescente da cobertura e ampliação dos benefícios” (Oliveira e Teixeira, 1986, p. 239), que serão viabilizados por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).

No âmbito do MPAS, nesse período (1975-1979) ocorre uma série de reestruturações institucionais visando contornar a crise financeira da Previdência Social e controlar as disfunções mais aberrantes, com a criação de mecanismos de controle do setor contratado (hospitais privados), a ampliação do setor conveniado (convênio-empresa) e a criação de

novos mecanismos institucionais. Sem alterar a continuidade do modelo privatista da medicina previdenciária, é criada, em 1974, a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev),⁸⁹ que se tornou um ponto de atrito constante com os hospitais privados, e nos anos 1977-1978 são criados o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) e duas autarquias: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), em substituição ao INPS.

Essas medidas racionalizadoras, ao mesmo tempo que completam a unificação e centralização do aparelho previdenciário, são também resultado da grande transferência de recursos financeiros ao complexo médico-empresarial, resultando na denominada ‘crise da previdência’, cujo ápice é o ano de 1978.⁹⁰ Trata-se de uma crise que vai demonstrar a inviabilidade do modelo de privilegiamento do produtor privado como alternativa à expansão da cobertura médica, tal qual demanda o complexo médico-empresarial, na medida em que, ao propiciar o superfaturamento, começa a colocar em risco todo o sistema financeiro da Previdência. No entanto, como veremos adiante, essas medidas consolidam o que Oliveira e Teixeira (1986) denominam de *burguesia empresarial nacional na área de saúde*, com o apoio do FAS.

No âmbito do MS, propõem-se a sua modernização e o aumento da sua participação no orçamento da União, daí surgindo diversos programas como o PIASS e o PPREPS, sob a égide da proposta de Medicina Comunitária,⁹¹ que postula a superação da dicotomia entre o caráter preventivo e curativo da atenção médica por meio de novos modelos de organização dos serviços que tomem como base o cuidado dos grupos sociais ou da comunidade e não dos indivíduos. Nesse modelo, as principais medidas racionalizadoras são a simplificação do

⁸⁹ Criada pela lei n. 6.125, de 4/11/1974, é incorporada em 1977 pelo Sinpas. Atualmente, denomina-se Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social.

⁹⁰ Nesse ano, os gastos com assistência médica nos serviços próprios da Previdência Social corresponderam a 10,2 bilhões de cruzeiros (17% da despesa total), enquanto os gastos com os serviços contratados e conveniados atingiram 45,6 bilhões de cruzeiros (76% da despesa total) e 4,2 bilhões de cruzeiros (7% da despesa total), respectivamente (Cordeiro, 1984).

⁹¹ A Medicina Comunitária se origina nos Estados Unidos na década de 1960, no bojo de um movimento mais amplo de ‘guerra contra a pobreza’ dos governos Kennedy e Johnson, se difundindo para as sociedades dependentes com o suporte da OMS e da Opas. A partir desse momento, a pobreza e a marginalidade deixam de ser identificadas ao desvio social e à incapacidade dos indivíduos para serem relacionadas à falta de oportunidades sociais e de participação. Na década de 1970 se difunde na América Latina, resultando em programas experimentais de prestação de serviços que propõem o desenvolvimento de modelos de assistência passíveis de garantir a extensão dos cuidados de saúde a populações pobres, urbanas e rurais, e como forma paralela à organização dominante da assistência médica. Apesar de partir de princípios elaborados pela Medicina Integral e a Medicina Preventiva, se diferencia destas por ser uma estratégia de prestação de serviços à população e não uma estratégia de reorientação do ato médico individual, como as primeiras. Sobre o conceito de medicina integral/medicina preventiva e o desenvolvimento da medicina comunitária, ver Donnangelo (1976, capítulo 3).

cuidado e do serviço oferecido e a utilização de pessoal de diferentes níveis de qualificação, principalmente trabalhadores de níveis elementar e médio.

Embora limitada e sem ameaçar a opção anterior pela prática médica individual e curativa, derivando daí o seu caráter complementar, a Medicina Comunitária abre espaço para a retomada das medidas de saúde pública, ao mesmo tempo que amplia sua atuação. Sob a ideologia do ‘cuidado progressivo’ e ‘integral’, que se materializaria nos diversos níveis de assistência do sistema nacional de saúde, o Estado não só atua como produtor direto de serviços médico-sanitários como incorpora às atividades tradicionais de Saúde Pública – imunização, controle de endemias, campanhas sanitárias etc. – aquelas vinculadas diretamente à prestação de serviços de saúde e assistência médica individual.

A proposta de Medicina Comunitária foi assumida como política nacional de saúde não só pelo Brasil mas também pela grande maioria dos governos latino-americanos, após a 3ª Reunião Especial dos Ministros de Saúde das Américas, realizada em 1972 em Santiago, no Chile. Nessa reunião foi aprovada como prioridade a extensão de cobertura, por meio de programas que deveriam atuar como instrumentos de modernização administrativa, de modo que tendencialmente pudesse ser reorganizada a prestação de serviços, consolidando-se os Sistemas Nacionais de Saúde. Também se aprovou o planejamento integrado dos setores de educação e saúde para a formação de pessoal em todos os níveis, especialmente trabalhadores de níveis elementar e médio, para atuar no nível básico do sistema.⁹²

As principais ideias da Medicina Comunitária que dão contorno aos Programas de Extensão de Cobertura (PECs) são: o privilegiamento da atenção primária com a simplificação do cuidado e do serviço oferecido à população; a regionalização e a hierarquização dos serviços; a ênfase nas patologias que afetam o maior número de pessoas; a formação e utilização de pessoal de nível médio e elementar de perfil polivalente; as equipes

⁹² Com a implementação dos programas de extensão de cobertura nos diversos países da América Latina e Caribe, se ampliam as discussões em torno da necessidade de formação de técnicos médios, principalmente técnicos e auxiliares de enfermagem, visando à sua atuação nas novas formas de prática de saúde dirigidas às populações urbanas e rurais. O diagnóstico acerca da carência desses profissionais ou da má distribuição era comum a todos os países, além da falta de identidade e reconhecimento no mercado de trabalho. Desde então, a Opa-Washington, por meio da Divisão de Recursos Humanos e Investigação, realiza uma série de oficinas de trabalho nos distintos países da região, com a finalidade de verificar as questões da formação de técnicos médios, as características dos centros formadores, suas condições de trabalho, disposições legais e níveis ocupacionais. Além disso, colaborou na definição de critérios e alternativas para o desenvolvimento de programas de caráter regional, interpaises e de países. O maior problema, entretanto, é que entre os diversos países esses trabalhadores variavam quanto a tipo, nível de formação, funções a cumprir, possibilidades de desenvolvimento, metodologias e técnicas empregadas para a formação. A avaliação geral era que existiam grandes dificuldades dadas às diferenças nos critérios existentes sobre a formação e utilização desses trabalhadores, não só de um a outro país, mas também dentro da maioria de cada um deles. Para uma abordagem geral sobre a formação dos trabalhadores técnicos em saúde, especialmente de enfermagem, e o histórico das iniciativas, consultar OPS/OMS (1985).

multiprofissionais; a integração ensino-serviço; a utilização de tecnologias apropriadas; e a participação comunitária (Rodriguez Neto, 1979; Teixeira, 1982).

Além do aspecto técnico consubstanciado na possibilidade de aumento de cobertura das ações de saúde, Donnangelo (1976) chama a atenção para a dimensão político-ideológica dessa proposta. Em primeiro lugar, para esta autora, a ideia de ‘comunidade’ delimita um espaço geográfico fundamentado na concepção do processo saúde-doença na sua dimensão ecológica e psicossocial, e na recomposição e uso dos meios de trabalho – como o registro, o diagnóstico e a identificação da comunidade, por exemplo –, que em última análise devem garantir tanto a maior eficiência como a redução de custos.

Em segundo lugar, ao enfatizar a identidade social e os interesses dos grupos locais, a Medicina Comunitária reduz o social e o objeto a ser trabalhado a um espaço homogêneo, circunscrito à comunidade, dissociando a problemática local das questões nacionais, mascarando com isso outras determinações ou diferenciações sociais básicas.

Em terceiro lugar, na medida em que a homogeneidade conceitual do social e do objeto não garante a homogeneidade do real, a Medicina Comunitária sugere a mobilização dos grupos sociais em torno da criação ou reorientação de interesses e objetivos da comunidade, uma vez que a sua operacionalização se assenta na possibilidade de mobilizar os grupos envolvidos. Por último, a participação opera no interior dessa prática, antes de mais nada, pela introdução de novos recursos como trabalho adicional, voluntariado, contribuições financeiras e técnicas, capazes de simplificar e baratear o conjunto do processo por referência à prática técnica dominante centrada no hospital.

Esses elementos demandam, portanto, a criação de um consenso em torno da nova proposta de organização dos serviços e da reorientação da ação dos grupos sociais com vistas a compatibilizá-las com a orientação político-ideológica de harmonia social e, nesse sentido, diminuir a possibilidade de conflitos de interesses que levem ao enfrentamento, deslocando ou eliminando as tensões sociais. De fato, segundo Donnangelo (1976), no contexto da sociedade norte-americana de onde surge a Medicina Comunitária, na década de 1960, desses elementos a questão da participação tornou-se um campo de tensões entre o movimento pelos direitos civis americano, capitaneados principalmente pelos negros, e o sentido da política social contra a pobreza. O principal questionamento eram os limites da participação e a dimensão de controle político subjacente às práticas em desenvolvimento.

Entretanto, apesar das especificidades de outras formações sociais em que foi implantada, a autora citada avalia que isso não alterou substancialmente os elementos que compõem o campo da Medicina Comunitária. Isso não significa que sua expansão, no plano internacional, não tenha sido acompanhada de tensões e modificações na proposta original – não só em razão das especificidades de cada formação social mas também das lutas de liberação contra o colonialismo e os regimes repressivos em diversos países, que se verificam em meados dos anos 1970.

No bojo dessas lutas, muitos governos incorporaram a responsabilidade de proporcionar uma assistência sanitária mais acessível à população, realizando avanços importantes na ampliação dos serviços. Nas décadas de 1960 e 1970, os programas de extensão de cobertura baseados em estratégias de participação e conscientização da população se expandiram, por exemplo, em Cuba, México, Nicarágua e outros países da América Central, mas também na Índia, na China e na Tanzânia, por exemplo.

Em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde da OMS e os países membros elegeram como meta principal a ‘Saúde para Todos no Ano 2000’, adotando a proposta de extensão de cobertura dos serviços básicos, fundados em sistemas simplificados de assistência à saúde. Mas o ponto culminante desse processo potencialmente radical para as políticas de saúde foi a realização da Conferência de Alma-Ata em 1978, patrocinada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) na antiga URSS, em que os governos ratificaram essa meta e se propuseram alcançá-la por meio da estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS).

Era um processo potencialmente radical para Hong (2006), porque no bojo das lutas anticoloniais do período a ênfase estava no caráter social do fenômeno saúde-doença, reconhecendo que seus determinantes eram econômicos, políticos e sociais, e no incentivo aos esforços para maior participação popular, não só na definição das políticas de saúde mas como base para “uma luta maior dos marginalizados a favor do seu bem-estar e direitos”. Daí que a estratégia da atenção primária potencialmente ameaçava os grupos de interesses consolidados, tais como “o sistema médico e clínico, as elites e os governos que reclamavam o monopólio sobre o conhecimento e a capacidade de curar”, e mais especificamente os interesses privatistas no setor saúde (Hong, 2006, p. 76).

Porém, não tardaram muito as críticas abertas a essa estratégia, lideradas pela Fundação Rockefeller e pela Fundação Ford, que propuseram em seu lugar o conceito de Atenção Primária à Saúde Seletiva (APSS). Argumentando que a APS era muito cara e

complexa, propuseram com a APSS um número limitado de intervenções técnicas destinadas a reduzir a mortalidade por enfermidades comuns até se estabelecer a atenção integral à saúde. Em outras palavras, justificavam a APSS, alegando que a prioridade eram os grupos de alto risco, aos quais deveriam ser dirigidas ‘intervenções seletivas rentáveis’ e menos ambiciosas do que as medidas de saneamento básico (serviços de abastecimento de água e destino dos dejetos).

A recessão mundial, associada aos programas de ajuste estrutural, capitaneados na década de 1980 pelo FMI e o Banco Mundial, transformou as intervenções seletivas e limitadas nas opções possíveis no contexto da crise da dívida externa de muitos países. A partir de 1983, liderada pelo Unicef com o apoio do Banco Mundial, organizações não governamentais (ONGs) e outras instituições, a nova estratégia da APSS apresentada como uma ‘revolução a favor da sobrevivência infantil’ se resumiu a quatro intervenções prioritárias: vigilância do crescimento, reidratação oral, amamentação materna e vacinação universal. Mais tarde se ampliou para incluir o planejamento familiar, a complementação alimentar dos desnutridos e a alfabetização feminina.

No Brasil, a Medicina Comunitária foi assumida pela 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, que recomendou a reorganização dos serviços de saúde por meio da criação de estruturas permanentes e simplificadas, bem como a regionalização, a hierarquização, a descentralização e o aproveitamento total da capacidade instalada do setor público, assim como a união das ações preventivas e curativas. Concomitantemente ao II PND, a prática do planejamento em saúde, como o planejamento de recursos humanos para o setor, até então dispersa, passou a ser centralizada no MS e se desdobrou em programas específicos no interior das instituições estaduais de saúde.

Diversos estudos mostram que a experiência mais rica inspirada nos princípios desse modelo, no país, foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), considerado também a experiência fundadora do movimento sanitário que começa a se organizar nesse período. Implantado em 1976 (decreto n. 78.307, de 24/8/1976), priorizou os estados da região Nordeste, incluindo o Norte de Minas, em razão das diferenças sociais e econômicas entre esta e as demais regiões brasileiras, no período 1976-1979. Uma vez que foi organizado em áreas que concentravam parcelas da população que viviam em estado de pobreza absoluta e com pouca expressão econômica e política, não ameaçou os interesses do

complexo médico-empresarial, localizado principalmente na região Sudeste, especificamente em São Paulo.

Sua finalidade era implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até vinte mil habitantes, visando à extensão de cobertura a toda a população, com prioridade para as áreas rurais e pequenos centros urbanos de maior densidade de pobreza nas cidades de médio e grande portes dos estados, sob a responsabilidade das secretarias estaduais de saúde. O financiamento para a implantação da infraestrutura de saúde e saneamento era proveniente do Programa de Integração Nacional (PIN), do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e do Ministério do Interior, por meio do Polonordeste. Os recursos para a operação e manutenção da rede eram provenientes, principalmente, do Inamps e, em menor quantidade, das prefeituras, das secretarias estaduais de saúde e do MS (Souza, 1980).

As diretrizes básicas do programa eram a ampla utilização de pessoal auxiliar recrutado nas próprias comunidades beneficiadas; a ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, no atendimento das moléstias mais frequentes e na detecção precoce dos casos mais complexos visando encaminhar para os serviços especializados; a disseminação de unidades de saúde do tipo miniposto, para uma população-alvo de até duas mil pessoas, com o apoio de unidades de maior porte localizadas em núcleos populacionais estratégicos de até seis mil habitantes; a integração interinstitucional dos diversos serviços públicos do Sistema Nacional de Saúde; a ampla participação comunitária na discussão dos objetivos da programação e na avaliação dos serviços; e a construção de serviços básicos de caráter permanente em substituição às unidades itinerantes de saúde.

A ideia central era a construção de módulos básicos como forma de estruturar a rede de serviços de saúde da região. O módulo básico era constituído por um conjunto de postos de saúde localizados em comunidades rurais, apoiados por uma unidade de maior porte, o centro de saúde, situado na sede do município. O posto de saúde define-se por ser uma unidade simples operada por dois atendentes polivalentes de nível elementar, especialmente treinados para a execução de ações básicas de saúde, com um perfil híbrido de agente comunitário de saúde e auxiliar de enfermagem. O centro de saúde era uma unidade mais complexa, com

atendimento médico permanente e/ou odontológico e laboratório básico, responsável pela supervisão e treinamento dos atendentes e pela vigilância epidemiológica.⁹³

Um conjunto de módulos, por sua vez, deveria contar com o apoio dos serviços especializados, como uma unidade mista ou hospital local, para garantir o acesso da população a níveis mais complexos do sistema, configurando assim a proposta de hierarquização dos serviços numa escala de complexidade crescente. Além disso, as ações das unidades de saúde deveriam ser complementadas com a implantação de equipamentos de saneamento básico, como unidades simplificadas de abastecimento de água e soluções domiciliares para destinação dos dejetos. A coordenação era exercida pela Regional de Saúde, responsável pela articulação da rede de serviços.

Até dezembro de 1979, o PIASS foi implantado em 871 municípios (70% do total da área PIASS-Nordeste), com 879 centros de saúde e 1.744 postos de saúde instalados, cobrindo aproximadamente oito milhões de habitantes, e treinou 2.823 trabalhadores de nível elementar, 663 de nível médio e 189 de nível superior. Com relação às ações de saneamento, foram implantados apenas 416 sistemas simplificados de abastecimento de água em comunidades rurais e instaladas 29.138 privadas de fossa seca, entre outras razões por falta de liberação de recursos do FAS (Souza, 1980).

Entre as experiências, o Projeto Montes Claros, no Norte de Minas, foi o que marcou uma trajetória contra-hegemônica aos postulados do modelo e por seu caráter contestador e crítico em relação às estruturas do poder local: o poder político-econômico, o poder médico e o poder do modelo de privatização dos serviços de saúde (Teixeira, 1995).

Num contexto marcado pela ausência de liberdades democráticas, o Projeto Montes Claros articulou premissas e práticas que lhe emprestaram um caráter inovador, a começar pelo conceito saúde/doença como produto de condições sociopolíticas e dependente das condições de vida e trabalho, do acesso à terra, da organização política e da consciência das demandas. Esse conceito alimentou a ênfase pedagógica do projeto baseado no treinamento em serviço dos auxiliares de saúde, com forte influência da pedagogia freireana⁹⁴ na metodologia adotada, e o princípio da participação comunitária. Propôs uma administração

⁹³ As atribuições dos atendentes polivalentes nos postos de saúde eram desenvolvimento comunitário, controle de doenças transmissíveis, atenção materno-infantil, primeiros socorros, tratamentos padronizados, controle de egressos, coleta de amostras, visita domiciliar, apoio às parteiras curiosas etc. Essas atividades também eram desenvolvidas pelos atendentes dos centros de saúde, onde atuavam juntamente com visitadoras sanitárias, laboratoristas e auxiliares de saneamento.

⁹⁴ Diz respeito à 'Pedagogia do Oprimido' ou à 'Pedagogia da Autonomia', uma corrente crítica da educação desenvolvida pelo educador Paulo Freire, que propõe um método 'ativo, dialógico, crítico e criticizador' para a alfabetização de adultos. Para uma síntese do seu pensamento e diálogo entre as ideias freireanas e marxianas, ver Ramos (2008a).

regional pública participativa e democrática e a construção de uma nova racionalidade técnica, por meio do contato direto com a demanda na proposta de organização dos serviços de saúde e da elaboração do diagnóstico da situação socioeconômica dos municípios da região, entre outros aspectos.⁹⁵

O Projeto PIASS foi o principal programa de extensão de cobertura que contou com a cooperação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). Decorrente de um acordo de cooperação técnica entre o MS, o MEC e a Opas,⁹⁶ iniciou suas atividades em 1976, cobrindo principalmente os estados da região Nordeste do país, mas também outras regiões brasileiras, acompanhando o processo de expansão do PIASS que ocorreu em 1979.

Concebido como um programa de modernização administrativa na área de Planejamento de Recursos Humanos em Saúde, o PPREPS foi organizado em torno de três objetivos: treinamento em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar; apoio à constituição, à implementação e ao funcionamento de dez regiões docente-assistenciais (integração docente-assistencial); e apoio ao estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde em cada estado, no interior das secretarias de saúde. Dos três objetivos, destacaremos o primeiro e o terceiro, tendo em vista os objetivos deste trabalho.

Em relação ao primeiro objetivo, considerando a necessidade de extensão da cobertura, estimou-se, inicialmente, o treinamento de cerca de 170 mil pessoas em todo o país, abrangendo diferentes níveis e categorias. Posteriormente foi redimensionado para 60 mil pessoas, a partir do contato direto com as necessidades e possibilidades concretas de cada estado e região, que se diferenciavam em razão das políticas vigentes dos setores da educação e saúde e da própria capacidade gerencial dos órgãos executores dos projetos estaduais. Essa previsão incluía tanto o treinamento de pessoal a ser contratado como a atualização e o aperfeiçoamento dos quadros existentes (Macedo *et al.*, 1980).

⁹⁵ Para uma discussão em torno dos conflitos e impasses entre a equipe do projeto e a população, bem como do lugar dilemático do auxiliar de saúde no âmbito do trabalho comunitário junto à população, no interior da equipe e na relação com o poder local, consultar Teixeira (1995, p. 61-79).

⁹⁶ No acordo de cooperação técnica celebrado entre o MS, o MEC e a Opas para o período 1976-1978, o MS ficou responsável pela condução política e técnica e o apoio financeiro do programa. À Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) coube a execução dos projetos; ao MEC, a condução política e técnica, junto com o MS; e à Opas, a constituição e manutenção do Grupo Técnico Central do PPREPS e a administração dos recursos financeiros provenientes do MS, incorporando em seus quadros diversos colaboradores nacionais (Macedo *et al.*, 1980). Pires-Alves e Paiva (2006) dividem o programa em duas fases: de implantação (1976-1978) e de expansão (1979-1988). Para aprofundamento sobre a organização do programa e a história da cooperação técnica da Opas-Representação Brasil na área de recursos humanos, consultar Pires-Alves e Paiva (2006) e Castro (2008).

Entretanto, operacionalizados em graus variáveis de descentralização pelas secretarias estaduais de saúde, os resultados ficaram aquém dessa previsão. Em 1978, tinham sido treinadas, no país, 38.548 pessoas, sendo 19.029 (49,4%) de nível elementar, 10.771 (27,9%) de nível médio e 8.748 (22,7%) de nível superior. Entre os trabalhadores de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar, enfatizou-se principalmente o treinamento daquelas categorias necessárias ao processo de implantação do PIASS. De nível elementar foram treinados os chamados agentes comunitários – incluíam parteiras leigas, lideranças comunitárias e trabalhadores de saúde voluntários –, os atendentes polivalentes e auxiliares de saneamento. No nível médio, enfatizou-se o treinamento de visitantes sanitários, auxiliares e técnicos de enfermagem, saneamento, laboratório, nutrição, vigilância epidemiológica, estatística, administração e professores de primeiro grau (Macedo *et al.*, 1980).

Esses dados demonstram, em primeiro lugar, que o PIASS, um dos principais programas de extensão de cobertura na época, foi executado principalmente com base numa força de trabalho de baixa qualificação, contribuindo assim para aumentar o quantitativo desses trabalhadores, em um contexto no qual “as secretarias estaduais [procuravam] priorizar projetos que atendessem às demandas mais imediatas de recursos humanos, resultantes [desses] programas” (Pires-Alves e Paiva, 2006, p. 58). Em segundo lugar, indicam que o baixo desempenho, decorrente, entre outros, dos cortes orçamentários, se vincula diretamente à crise financeira da previdência social, cujo ápice é 1978, e ao agravamento da crise econômica no país. Esses resultados demonstram também que, como programas complementares à política dominante no setor de privatização da assistência médica, tinham limites concretos na reorganização da prestação de serviços e no aumento de cobertura por meio dos serviços médico-sanitários.

De todo modo, apesar de ser uma medida compensatória que visava atenuar as imensas desigualdades de consumo geradas pela concentração de renda, o PIASS funcionou como laboratório de experimentação para o pensamento médico-social⁹⁷ que então se desenvolvia. A articulação e integração dos diversos níveis de atenção, a regionalização, hierarquização e descentralização dos serviços, o reforço às unidades de saúde públicas existentes nos estados e municípios, a ênfase na atenção primária à saúde e na participação

⁹⁷ Sobre o desenvolvimento desse pensamento na América Latina e no Brasil, consultar os depoimentos de José Roberto Ferreira, Roberto Passos Nogueira, Carlyle Guerra de Macedo e Alberto Pellegrini, in: Pires-Alves e Paiva (2006, parte II). Ver também Castro (2008, capítulo 2) e Escorel (1998).

comunitária permitiram experiências e ações inovadoras no âmbito da medicina comunitária, conforme os depoimentos a seguir:

A introdução e até mesmo a ênfase, ainda que teórica, à questão social no planejamento do Estado, ou seja, a utilização do campo social como fonte de legitimação do regime, produziu estímulos oficiais para o surgimento de equipes de pensamento oposicionista em algumas instituições setoriais. Os espaços institucionais foram ocupados por técnicos que não reproduziam a política dominante – pelo contrário, utilizaram esses espaços para defender propostas alternativas, contra-hegemônicas. (Scorel, 1998, p. 43)

Num período de grande repressão e contenção da sociedade civil, com a dificuldade de se exercer a crítica e de se apresentarem propostas alternativas às políticas de saúde, os programas comunitários foram uma boa alternativa à prática dos Departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social, desenvolvendo-se então uma grande quantidade de trabalhos sobre prestação de serviços e sobre o processo saúde-doença. (Rodríguez Neto, 1979, p. 16)

Segundo Scorel (1998), o PPREPS foi o primeiro programa que constituiu um grupo de brasileiros no interior da representação de um organismo internacional, que iriam divergir política e ideologicamente dos assessores internacionais que assumiam a postura de uma pretensa neutralidade. Mais que isso, abrigou sob o manto da Opas várias pessoas cujas ‘fichas’ eram recusadas pelo Serviço Nacional de Informações (SNI) na época e por isso não conseguiam trabalho nas instituições nacionais.

Dentro desses limites conjunturais, a execução do PPREPS também serviu como laboratório de reflexão sobre a prática de treinamento e de formação dos trabalhadores técnicos de saúde. Izabel dos Santos, como membro da equipe,⁹⁸ era a mais envolvida com a área de formação de pessoal auxiliar e ensino profissionalizante. Com base nas críticas e nos questionamentos⁹⁹ sobre os limites da prática de treinamento como forma dominante de preparação da força de trabalho engajada nos serviços de saúde, ela coordenou o desenvolvimento de uma “alternativa política” (Santos e Souza, 1989, p. 61) para resolver o problema da qualificação profissional dos trabalhadores de nível médio, a partir da renovação do acordo de cooperação técnica entre MS/MEC/MPAS/Opas, em 1979.

Nos marcos da discussão de ampliação do modelo PIASS no país, por meio do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), ocorrida na 7ª Conferência

⁹⁸ Na primeira fase do programa (1976-1978), a equipe do PPREPS era coordenada por Carlyle Guerra de Macedo. Além de Izabel dos Santos, faziam parte Cesar Vieira, Francisco Salazar e Danilo Prado Garcia. Isabel dos Santos, natural de Minas Gerais, enfermeira, trabalhou no Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), na Escola de Enfermagem de Recife (Universidade Federal de Pernambuco – UFPE) e na Opas onde se aposentou.

⁹⁹ Entre eles, dizia-se que eram concebidos segundo o pressuposto de sua utilidade para o aperfeiçoamento de uma determinada prática; não eram desenvolvidos de forma sistemática, mas ao contrário, de forma fragmentada; não possibilitavam a construção da identidade social dos trabalhadores; e não possuíam a estrutura do conhecimento organizada a partir das necessidades dos serviços de saúde (Castro, 2008).

Nacional de Saúde, em 1980, elaborou-se sob sua coordenação a proposta de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar, mais conhecido como ‘Projeto Larga Escala’ (Brasil/MS, 1982). Modelado a partir da crítica ao modelo flexneriano de formação profissional e influenciado pelo pensamento médico-social e a pedagogia freireana, o ‘Projeto Larga Escala’ é operacionalizado juntamente com as secretarias estaduais de saúde, na década de 1980, e está na origem da rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), conforme discutiremos adiante.

Desse ponto de vista, o terceiro eixo do programa – apoiar o estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde em cada estado, no interior das secretarias de saúde – operou de forma a criar mecanismos que potencialmente possibilitassem a sustentação de processos formativos, mas também de treinamentos, no interior dessas instâncias, tais como o desenvolvimento da capacidade em termos docentes, tecnológicos, de supervisão e informação do nível local. O principal mecanismo foi a implantação dos Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos nas secretarias estaduais de saúde.

Entretanto, como ‘laboratórios de experimentação e reflexão’, essas iniciativas foram ainda incipientes naquele momento. Nessa conjuntura, a política dominante no setor foi a ampliação da cobertura da medicina previdenciária e a aceleração da política de privatização da assistência médica, que com o apoio do FAS consolidou a *burguesia empresarial nacional na área de saúde*.

O FAS foi criado para dar apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social do II PND, envolvendo recursos na ordem de 5,6 bilhões de cruzeiros, destinados aos órgãos públicos e empresas privadas, gerenciados pela Caixa Econômica Federal. Na área de saúde, atuou em consonância com a política governamental para o setor, principalmente a partir do Plano de Pronta Ação (PPA) que, como veremos a seguir, consagrou como objetivo a universalização da assistência médica a toda a população por meio da expansão não dos serviços públicos, mas da rede privada.

Segundo levantamento de Braga e Paula (1981), em 1977, considerando as duas áreas sociais mais importantes, do total de recursos destinados à área de educação, 88% destes foram dirigidos ao setor público, enquanto na área da saúde, ao contrário, 79,7% foram para o setor privado, funcionando assim como um importante fundo de financiamento à iniciativa

privada. Com empréstimos a juros baixos, isso proporcionou grande impulso à modernização, aquisição de equipamentos e ampliação dos hospitais privados.

Sob o comando de quadros técnicos oriundos da alta burocracia do ex-IAPI, a maioria dos projetos da área foi encaminhada tanto por clínicas e hospitais privados como por hospitais públicos, o que significa que a assistência médico-hospitalar contou com um volume significativo de financiamento do FAS, distorcendo assim um fundo que, destinado a financiar projetos prioritários de interesse coletivo, foi utilizado segundo a lógica da lucratividade.

Por outro lado, das 670 propostas de financiamento, 366 eram do setor privado lucrativo, 196 do setor filantrópico e 108 do setor público, e a maior parte dos projetos encaminhados foi das regiões mais ricas, como Sudeste e Sul – na maioria dos casos (73,8%) pretendendo a instalação de leitos hospitalares, inclusive em municípios onde o número de leitos existentes já ultrapassava as necessidades, agravando assim a distribuição regional dos leitos hospitalares.

Com o FAS, fecha-se o ciclo do apoio financeiro governamental ao setor privado de assistência à saúde: com os recursos das contribuições à previdência, paga-se a parte mais substancial do custeio dos serviços de saúde; estes recursos, entretanto, não podem ser usados para financiar a expansão da oferta ou a modernização e melhoria do padrão tecnológico das unidades *privadas*. Definindo-se (...) a prioridade do atendimento via rede privada de saúde, estava posta a necessidade de mobilizar financiamentos. É claro que se poderia apelar para os mecanismos já existentes de financiamento ao capital; entretanto, a carga política que assume a questão da saúde, adicionada à força dos interesses empresariais específicos, levou a que o FAS, na área de saúde, tivesse uma função e comportamento oposto às demais áreas, no que se refere ao corte público/privado dos tomadores de empréstimos. (Braga e Paula, 1981, p. 131-132, grifo do autor)

Dessa forma, com a mediação do Estado e por meio dos recursos públicos, o FAS consolida a *burguesia empresarial nacional*. Mas é necessário verificar mais de perto quais os mecanismos acionados para contemplar os interesses de lucratividade do setor privado nesse período, marcado pelo dinamismo da assistência hospitalar e pela criação de uma nova dinâmica de acumulação de capital através da assistência ambulatorial.

A primeira medida é a ampliação do setor conveniado (convênio-empresa), considerada a partir de 1974 a principal saída para a crise financeira da Previdência Social em razão da forma de pagamento dos serviços, feita globalmente e não por unidade de serviços, como no setor contratado (hospitais privados). Segundo Cordeiro (1984), nesse período (1974-1978) são elaborados diversos dispositivos normativos pelo Plano de Pronta Ação

(PPA) que dão bases de sustentação e legitimação para o desenvolvimento das empresas médicas de pré-pagamento. Mas, esse autor chama a atenção, tais dispositivos não as torna uma alternativa ao setor contratado. Antes, as medidas aprovadas permitem uma diferenciação interna do setor conveniado, pois além dos convênios com as empresas, em maior número, os convênios passam a incorporar outras instituições com finalidades que se colocam para além da necessidade de expansão da cobertura, como os sindicatos. Além disso, as universidades e os governos estaduais e municipais se tornam entes conveniados.

Todos os convênios passam a atender ao imperativo da produtividade, mas a ampliação para os sindicatos, que já vinha ocorrendo desde 1970, faz parte da estratégia de controle de suas funções políticas e de fortalecimento do caráter assistencial dos sindicatos. Com as universidades, prefeituras e governos estaduais, a perspectiva passa a ser de utilização da infra-estrutura instalada nessas instituições para atender às novas demandas por assistência médica. Segundo a lógica da atenção médica diferenciada, essas instituições seriam responsáveis principalmente pelos novos contingentes absorvidos pela cobertura previdenciária e que não estavam incluídos necessariamente no mercado de trabalho formal.

A segunda medida é que a partir de 1974 seria permitida a dedução no Imposto de Renda de todos os gastos das empresas com assistência médica, o que contribuiu para a expansão de grupos médicos de menor capacidade instalada, ainda incipiente em sua base física e tecnológica, ao mesmo tempo que os articulava à rede hospitalar e de serviços médicos complementares privados.

A expansão dos convênios-empresa em São Paulo foi tal que, em 1979, estavam concentrados naquele Estado 71% dos convênios e 74% do total de beneficiários cobertos por este regime. Em 31 de maio de 1979, os grupos médicos cobriam cerca de quatro milhões de usuários por convênios homologados, o que correspondia a 20% da população total do Estado ou a 35% da população da Grande São Paulo. (Cordeiro, 1984, p. 83)

A terceira medida trata da normatização do complexo previdenciário, que se consubstancia no PPA. Apesar do nome, é um conjunto de portarias e regulamentos que visam disciplinar e organizar o funcionamento das diversas modalidades de prática médica vinculadas à Previdência Social, com o objetivo de viabilizar a expansão de cobertura. Essas normas estabeleciam as atribuições de cada setor e adotavam explicitamente a estratégia da contratação de serviços, credenciamentos e convênios, mantendo e ampliando a multiplicidade de formas institucionais de prestação de assistência médica, o que

paradoxalmente comprometeu a pretendida racionalidade administrativa e criou um aparente caos na assistência médica.

Aos hospitais públicos, especialmente os universitários, destinou a prestação de assistência de alta especialização, a pesquisa e o aperfeiçoamento técnico-profissional. A assistência médica em geral seria realizada por meio de convênios com as empresas e por credenciamento de médicos particulares nos subúrbios dos grandes centros urbanos e ainda por cooperativas médicas, além dos convênios com a União, estados e prefeituras (Oliveira e Teixeira, 1986; Cordeiro, 1984).

Com a aprovação do PPA, foi possível tornar uma política já dominante – a assistência médica curativa individual – uma prática universal e verdadeiramente predominante. Uma de suas principais resoluções foi garantir o direito de qualquer pessoa, beneficiário ou não da Previdência, de atendimento em caso de emergência em qualquer hospital, cobrindo esses gastos de acordo com a tabela de atos médicos. O PPA facultou ainda ao segurado a opção por instalações especiais nos hospitais particulares contratados, custeadas pelo próprio diretamente com o hospital, atendendo assim às reivindicações dos produtores privados visando incorporar à Previdência o consumo das camadas médias. Em qualquer modalidade de convênio, a participação da Previdência foi limitada à taxa de custeio fixada pela respectiva instituição, mas poderia abranger os segurados e seus dependentes e ser coberta por subvenção mensal fixa, por pagamento *per capita* de segurado/mês e por financiamento e/ou cessão de equipamentos, instalações e pessoal.

Mais que isso, com o PPA também ocorre uma mudança na dinâmica da lucratividade do setor privado com a expansão da assistência ambulatorial e dos serviços complementares, do que resulta um novo padrão no desenvolvimento do complexo médico-industrial.

Como vimos até aqui, a propriedade privada lucrativa de serviços de saúde ocupa posição significativa desde 1945 e cresce em importância, influência e dimensões com a unificação dos IAPs no INPS, em 1967, momento que marca o início do domínio da medicina previdenciária com base nas unidades privadas. Esse domínio decorre da constituição prévia dos interesses empresariais, capazes de moldar a política de saúde desde então, por meio da FBH (hospitais privados), Abrange (empresas médicas) e AMB (cooperativas médicas).

É um processo no decorrer do qual vão sendo adotadas políticas conciliatórias de interesses desses diversos segmentos do complexo médico-empresarial com o objetivo de

consolidar a ocupação capitalista na prestação da assistência médica, por meio da integração entre o Estado e o setor privado, tanto no nível do financiamento como no da própria produção dos serviços, criando condições de escala para a expansão capitalista da rede de serviços.

De 1967 a 1970 as taxas anuais de expansão do programa saúde no INPS são de 8,3%, 45,7% e 23,6%, respectivamente. Nos anos 70 os dispêndios com assistência médica seguem expandindo-se a taxas elevadas, principalmente a partir de 1974 com o PPA – Plano de Pronto Ação: 10,3% em 1972, 25,3% em 73, 9,8% em 74, 32,1% em 75 e 36,2% em 76. Nesta década, portanto, as empresas médicas já constituem uma área de acumulação de capital plenamente instaurada, com seus interesses reconhecidos pelo Estado (...). (Braga e Paula, 1981, p. 111)

Concomitantemente à constituição e fortalecimento da *burguesia empresarial nacional* no setor, a expansão dos interesses capitalistas na saúde se fez articulada com o desenvolvimento científico e tecnológico, mais especificamente com os interesses das indústrias de equipamentos médicos, sob a intermediação do Estado.¹⁰⁰ Isso garantiu a expansão desse setor industrial e um mercado institucional principalmente para as filiais das multinacionais aqui instaladas, mas também incentivando a abertura de uma incipiente indústria nacional de equipamentos elétricos e produtos descartáveis.

Durante as décadas de 1950 e 1960, se instalam no país as primeiras empresas multinacionais, fabricando inicialmente produtos tecnologicamente menos complexos, como os materiais descartáveis, e avançando depois para produtos de maior intensidade tecnológica, como os eletrônicos. Porém, com a extensão da política de reserva de mercado, aplicada ao setor de informática, à indústria de instrumentação médica nacional, na década de 1970, as multinacionais do setor saíram do país. As empresas nacionais, em geral de pequeno e médio portes, não conseguiram então estabelecer atividades produtivas em segmentos mais sofisticados, apenas naqueles que exigem pequenos requisitos de capital como na produção de monitores e no segmento de descartáveis, mantendo assim a dependência externa em termos da tecnologia empregada e da importação de equipamentos e matérias-primas. Em seu conjunto, representam atualmente 80% do número total de empresas no setor, mas em nichos de mercado de mediana complexidade (Furtado e Souza, 2001).

Todo esse processo de capitalização da medicina, que ocorre desde os anos 1960, incentivou o hospital – tanto privado como público – a criar uma base técnica cada vez mais

¹⁰⁰ Entre 1961 e 1975, assiste-se a um crescimento significativo de mais de 12 vezes nas importações, principalmente após a criação do INPS, em 1967 (Braga e Paula, 1981).

articulada com a rede de serviços complementares (dentro e fora do hospital) e com todo o complexo tecnológico do processo de diagnóstico e terapêutica, resultando daí o que Braga e Paula (1981) chamam de ‘assistência ambulatorial transformada’. Paulatinamente, o setor ambulatorial se torna um segmento dinâmico de acumulação de capital no interior do setor saúde, fazendo com que as taxas de crescimento de dispêndio com esse tipo de assistência superassem aos poucos os dispêndios com os serviços hospitalares. Entre 1969 e 1976, enquanto os gastos com assistência hospitalar cresceram 184,7%, na assistência ambulatorial a expansão foi de 400%.

Isso não significou, para os autores, um menor dinamismo da área hospitalar, nem que as internações hospitalares diminuíssem. Significou apenas que nesse período suas taxas de crescimento foram inferiores às da área ambulatorial, assim como as internações hospitalares também cresceram a taxas menores que as consultas e serviços ambulatoriais diversos (complementares, odontológicos, raios X, laboratório). Esse crescimento da assistência ambulatorial, após o PPA, ocorreu fundamentalmente nos serviços privados e veio substituindo parcialmente para as empresas médicas a dinâmica da lucratividade, pois é um tipo de assistência que tem um custo menor que a hospitalar, mas não necessariamente uma rentabilidade menor.

Portanto, com a constituição de uma base técnica hospitalar, a assistência ambulatorial passou a ser incorporada, em novos termos, à dinâmica capitalista da prestação de serviços, integrando-se técnica e economicamente o hospital e a rede laboratorial, radiológica etc.

Nesse contexto de abertura de novas frentes de lucratividade e de consolidação da *burguesia empresarial nacional*, decorrente de sua capacidade de pressão e vocalização no interior do Estado na defesa de seus interesses, aliada à baixa capacidade de controle sobre as contas hospitalares – particularmente com a abertura indiscriminada aos atendimentos de emergência e urgência por meio dos serviços médicos ambulatoriais –, as despesas da Previdência Social se expandem provocando um importante desequilíbrio orçamentário. Isso leva a uma nova reestruturação do aparelho previdenciário, nos anos 1977-1978, dando origem ao Sinpas, ao Inamps e ao Iapas.

A ‘crise da previdência’ se configura assim como uma crise estrutural, mas diferentemente de momentos anteriores, o processo político decisório transborda os limites institucionais, técnicos, acadêmicos e de grupos de interesses específicos. Ela irrompe na opinião pública, num contexto em que a sociedade civil e os partidos de oposição vinham

progressivamente ocupando o cenário político nacional, se movimentando com crescente determinação pelo fim do regime de exceção e pressionando em favor da aceleração do processo de abertura democrática.

As principais características dessa crise, de acordo com Oliveira e Teixeira (1986), são: 1) o surgimento de propostas de políticas alternativas para o sistema de saúde cristalizadas e sistematizadas no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde; realizado na Câmara dos Deputados em outubro de 1979, condena explicitamente a privatização e mercantilização da medicina, e postula a canalização de recursos públicos para o sistema público; 2) a articulação do complexo médico-empresarial, dominante na alta burocracia do Inamps, visando bloquear quaisquer propostas mais radicais, tais como o Prev-Saúde, formulado em 1980 por um grupo técnico interministerial MS/MPAS; 3) a eclosão de movimentos grevistas de profissionais de saúde, principalmente médicos assalariados, que identificavam a origem dos seus problemas na organização do sistema de saúde; e 4) a socialização do debate sobre a crise com a ampla divulgação da política previdenciária de assistência médica.

Para os autores citados, essa crise estrutural manifestou de uma só vez três crises: ideológica, financeira e institucional. Do ponto de vista ideológico, acirrou-se o debate em torno da natureza das mudanças propostas pelo Prev-Saúde, marcado por polarizações do tipo estatização-privatização, centralização-regionalização, participação-manipulação, contribuindo para explicitar o processo de luta ideológica em torno dos grandes modelos de organização do setor saúde no país. Elaborado numa época de transição de um período autoritário para a abertura democrática, em que o debate político estava excluído, ele sofreu alterações significativas que retiraram seu cunho progressista. Finalmente, foi abortado como resposta às pressões da *burguesia empresarial nacional*, restando desse primeiro enfrentamento o realinhamento de cada grupo ou movimento de saúde em relação às suas posições e estratégias de ação política.

A crise financeira era a face mais visível do debate, em razão dos déficits crescentes da Previdência Social, que atinge 40 bilhões de cruzeiros em 1980, com previsões de 200 bilhões para o final de 1981 e de mais de 400 bilhões em 1982. No âmbito interno, essa crise é expressão da contradição entre um modelo de atenção baseado no privilegiamento do produtor privado de saúde, que estende a sua ação a parcelas cada vez mais amplas da

população em decorrência de determinações políticas, e uma base restrita de financiamento calcada principalmente na contribuição dos trabalhadores vinculados ao mercado formal.

No âmbito externo, a agudização da crise financeira coincide com a recessão econômica do país. No final da década de 1970, a economia brasileira apresentou claros sinais de debilitamento, expressa principalmente na exacerbada concentração econômica e de renda, no crescente desequilíbrio no balanço de pagamentos, na elevada dívida externa e na disparada da taxa de inflação. Uma conjuntura recessiva, associada ao elevado grau de dependência e atrelamento ao capital externo, tornou a economia do país altamente vulnerável às mudanças da economia e do mercado mundiais.

No cenário internacional, o segundo choque de petróleo em 1979 duplica o preço desse combustível e eleva os preços dos produtos industrializados e matérias-primas importadas pelo Brasil, desequilibrando profundamente a balança comercial. Da mesma forma, os países capitalistas centrais entram num período recessivo, que tem como consequências a adoção de medidas de ajuste da economia, a diminuição do comércio mundial e a elevação da taxa de juros no mercado internacional. Essa elevação aumenta os gastos para o pagamento do serviço da dívida externa brasileira e, em 1982, culmina com a suspensão de novos empréstimos para o Brasil pelo sistema financeiro internacional, levando o país ao colapso financeiro e grave recessão.

Essa recessão “se impõe pelas próprias condições estruturais e conjunturais da economia brasileira e de suas relações com a economia mundial” (Brum, 1991, p. 229). Daí em diante, o que ocorre é a decretação da ‘falência’ econômica do Brasil e sua submissão às exigências dos credores internacionais, sob a tutela e o monitoramento do Fundo Monetário Internacional (FMI). As exigências implicavam a execução de uma política econômica ortodoxa de combate à inflação e saneamento econômico, expressa na redução da expansão da base monetária, aperto no crédito, elevação das taxas de juros, diminuição do déficit do setor público, corte de subsídios, redução das importações, aumento das exportações e restrição de aumentos salariais. Com isso, a partir de 1983, o país se torna um mero “transferidor líquido de capital para o exterior, particularmente para os bancos credores internacionais” (Brum, 1991, p. 231), tendo como consequências a queda da produção e da atividade econômica em geral, a falência das empresas, o aumento do desemprego, a redução dos salários e o aumento da pobreza.

Para um sistema previdenciário que se baseava fundamentalmente na arrecadação da contribuição dos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho, a redução do ritmo de crescimento do emprego, que já vinha ocorrendo desde 1976, e a queda do salário real acarretam a desaceleração das receitas de contribuições e agravam ainda mais o desequilíbrio orçamentário. Associam-se a esses fatores o forte aumento de sonegações por parte dos empregadores públicos e privados, a incorporação de tecnologias poupadoras de mão-de-obra pelas grandes empresas multinacionais, o que reduz as contribuições baseadas na folha salarial, e a redução das transferências da União para o sistema.¹⁰¹

Do ponto de vista da *burguesia empresarial nacional*, o debate sobre a ‘crise’ demonstrava que existiam interesses contraditórios e divergentes no seu interior, sobretudo em torno da redefinição das prioridades do complexo médico-empresarial. Com a crise, o setor contratado representado pela FBH tornou-se o mais fragilizado no confronto das forças em disputa, pois foi perdendo suas bases de sustentação política dentro da burocracia do Inamps, e também o principal alvo de críticas, visto que era o principal beneficiário do modelo privatizante. Por ser exclusivamente dependente do Estado na sua constituição e dinâmica, qualquer proposta de mudança do modelo de assistência médica atingia diretamente seus interesses econômicos.

A Abrange, representante das empresas médicas, aproveitando a oportunidade, passa a criticar e denunciar publicamente os problemas e a corrupção existentes nos hospitais privados contratados, para se apresentar como alternativa mais racional e econômica, pela extensão do convênio-empresa. Assim, buscava ampliar a sua parcela na distribuição dos recursos previdenciários, com a alegação de que os convênios por pré-pagamento permitiam maior previsão e racionalização no uso dos recursos.

Estava em debate também a proposta de total privatização do sistema de saúde por meio das companhias de seguros privados, encaminhada pelo Instituto de Resseguros do Brasil (IRB). Isso significava a eliminação da assistência médica do plano de benefícios da Previdência Social, colocando no seu lugar o seguro-saúde privado e compulsório, tal qual já estava ocorrendo no Chile, na Argentina e em outros países latino-americanos.

¹⁰¹ Numa pesquisa realizada em mais de cinquenta países na época, constatou-se que a média de participação do Estado na receita previdenciária era superior a 40%. Diante desse padrão internacional, a contribuição da União era irrisória, de cerca de 3,4% em 1980.

Desde o final dos anos 1970, de acordo com Cordeiro (1984), numa espécie de movimento silencioso, interrompido pelas denúncias dos sindicatos médicos, da AMB e da própria Abramge, ocorria a penetração de empresas multinacionais na área de assistência médica no país. O episódio que provocou a reação da *burguesia empresarial nacional* foi o convênio assinado entre a Açominas e a American Medical International do Brasil para a construção de um hospital de 160 leitos, em Minas Gerais. Proprietária de sessenta hospitais nos Estados Unidos, na Europa e na América do Sul, essa empresa implantou-se no país com uma companhia *holding*, com 50% de ações pertencentes a brasileiros. Além desse projeto, estava elaborando outro para a construção de dois hospitais de 150 leitos em Manaus (AM), bem como assumindo a administração de hospitais, tais como os hospitais filantrópicos Santa Isabel e o Hospital de Clínicas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Taubaté, em São Paulo.

Outra empresa multinacional que iniciou suas operações no país denominava-se Health Care do Brasil, subsidiária da Hospital Corporation of America, proprietária de 112 hospitais localizados em diversos países, num total de 18 mil leitos. No Brasil, adquiriu o controle acionário do grupo médico Amico, proprietário, no Rio de Janeiro, do grupo Promed.

O movimento de internacionalização do complexo médico-empresarial do país seria acelerado pelo interesse de investimento, no setor, por parte de companhias de seguro privado dos Estados Unidos da América, o que articulava um forte setor do capital financeiro ao complexo. Estariam se integrando ao setor, por exemplo, a Companhia Seguradora Sul-América, em conjunto com a Dow Chemical, em um projeto de seguro-saúde privado e de credenciamento de médicos, em São Paulo e Santos. (Cordeiro, 1984, p. 89)

Essa tendência de internacionalização ou de mundialização do capital (Chesnais, 1996), que passa a predominar nos anos 1980, já apontava assim para uma maior vulnerabilidade da *burguesia empresarial nacional*, pois sua generalização levava as empresas médicas nacionais, principalmente aquelas sem forte base técnica e financeira, a apresentarem condições insuficientes para competir com o capital financeiro representado pelas companhias de seguros privados. Mais especificamente, a internacionalização no segmento das empresas médicas de pré-pagamento estava indicando um novo momento em seu desenvolvimento, caracterizado pela progressiva concentração de setores do complexo médico-empresarial e pela eliminação ou subordinação das pequenas empresas à sua lógica. Além disso, a análise de Cordeiro (1984) permite supor que a internacionalização e a articulação com o capital financeiro se tornou uma das poucas alternativas viáveis para a

sustentação dos grupos médicos e hospitais particulares, inclusive filantrópicos – tanto para aqueles que, naquele momento, estavam endividados com os empréstimos do FAS como para aqueles que, em decorrência das mudanças posteriores operadas na organização do sistema de saúde brasileiro, foram deslocados dos seus lugares estratégicos dentro do aparelho de Estado e tiveram seus interesses lucrativos contrariados.

Entretanto, no jogo de forças que se instaura na década de 1980, o setor internacionalizado é o que mais se ausenta da cena política, uma vez que não depende dos incentivos estatais. Articulando-se com as empresas do setor monopolista e internacionalizado, à margem do Inamps, pode assistir ao confronto dos diversos setores de pequeno e médio porte da *burguesia empresarial nacional*, situando-se como “uma espécie de opção extra-estatal para aqueles segmentos que, finalmente, admitiram o caráter *realmente* capitalista da medicina na sociedade brasileira” (Cordeiro, 1984, p. 93, grifo do autor).

Quanto aos setores mais à esquerda do espectro político, as propostas em discussão eram uma reedição ampliada daquelas contidas no Prev-Saúde com a incorporação do MPAS ao MS. Visando modificar o modelo privatizante vigente na Previdência Social, defendiam o modelo de extensão de cobertura com base na atenção primária à saúde, integração das medidas preventivas e curativas, descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, além da participação comunitária.

Portanto, no início dos anos 1980 estavam postas na mesa, em disputa, as propostas que, de um lado, mantinham o modelo vigente com alterações parciais das suas prioridades e propugnavam inclusive o pagamento pelo segurado de parte do custo total do ato médico; de outro lado, estavam aquelas que defendiam não apenas o enfrentamento da ‘crise da previdência’, mas a transformação do modelo de organização do sistema de saúde brasileiro. Entretanto, os setores mais à esquerda do espectro político ainda não tinham forças suficientes para sustentar as propostas. A alternativa que alcançou consenso em 1982 foi a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), que tinha por objetivo racionalizar a prestação de assistência médica e seus custos crescentes.

A criação do Conasp configurou o terceiro momento da crise estrutural, isto é, a crise institucional. Reconhecendo a privatização da assistência médica, a ociosidade e o desprestígio do setor público, o Conasp aprovou diversas medidas racionalizadoras, tais como a restrição do número de consultas por segurado/ano e de exames, a suspensão de credenciamentos de hospitais privados em decorrência das denúncias de fraudes, o

disciplinamento para a autorização de novos credenciamentos, dando preferência ao setor público, e a reativação e plena utilização da sua capacidade ociosa. Além disso, retomou várias proposições do Prev-Saúde, entre as quais a regionalização do sistema de saúde, visando criar uma rede única com o estabelecimento de convênios trilaterais MPAS/MS/secretarias estaduais de saúde; a hierarquização dos serviços de saúde públicos e privados de acordo com a sua complexidade; a valorização dos recursos humanos e a adscrição da clientela. Com relação ao financiamento, propôs um novo sistema de contas hospitalares com a substituição do pagamento por unidades de serviço (US), pelo pagamento por procedimento clínico e cirúrgico, revisão dos critérios de concessão de financiamento do FAS e participação dos estados e municípios no custeio.

Para Oliveira e Teixeira (1986), essas medidas se tornaram possíveis em razão da estratégia de implementação do Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, aprovado em 1982, fundamentado nos princípios da gradualidade no processo de reorientação do modelo e de participação dos vários segmentos da sociedade na condução das mudanças. Mas os fatores decisivos foi o momento político que se exacerbou com os escândalos de fraude e a consequente troca de ministros do MPAS, o prestígio do presidente do Conasp e o fato de a proposta de reformulação partir do MPAS e não do MS. Apesar da oposição dos empresários da saúde, principalmente da FBH, esse momento é marcado pela reativação dos hospitais públicos e maior dotação orçamentária para o setor como um todo, mas fundamentalmente pela alteração na arena política da saúde, capitaneada pelo denominado movimento da reforma sanitária.

Concomitante a esse contexto de intenso enfrentamento, debates e disputas em torno da concepção do sistema de saúde, de modernização do complexo médico-empresarial com apoio do FAS e consequente consolidação da *burguesia empresarial nacional na área de saúde*, se avança na discussão sobre a formação de técnicos de enfermagem. A partir dos anos 1970, as mudanças qualitativas que se verificam na sociedade e no trabalho em saúde, em particular, passam a exigir cada vez mais trabalhadores de enfermagem com qualificação média (antigo 2º grau).

Entretanto, o que predomina no mercado setorial são os atendentes de enfermagem sem qualificação específica, treinados no próprio ambiente de trabalho, e os auxiliares de enfermagem que se confundem ora com os atendentes, ora com os técnicos de enfermagem. O item a seguir trata de rever como se reatualiza a tradição de treinamento em serviço com a

expansão e a consolidação do complexo médico-empresarial, assim como a formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem, tendo como referência a legislação educacional do período.

3.4 O fetiche do mercado de trabalho em enfermagem e o caráter pendular da formação de auxiliares de enfermagem

A transformação qualitativa na economia brasileira, com a expansão do sistema produtivo nos marcos da ‘modernização conservadora’; a hegemonia da cultura urbana sobre a cultura agrária, que se verifica principalmente a partir dos anos 1970; a expansão e a consolidação da base técnica hospitalar, que se torna o *locus* privilegiado do trabalhador coletivo e de concentração das tecnologias materiais decorrentes do avanço científico e tecnológico na área de saúde; e o progressivo processo de universalização de cobertura via recursos previdenciários estão entre os elementos que permitem a reconfiguração do setor saúde, como vimos anteriormente.

Entretanto, a forma como foi encaminhado o modelo de assistência à saúde, que privilegiou a mercantilização da saúde e a industrialização da doença, e o modo de organização do trabalho de enfermagem fizeram cair por terra o fetiche de engajamento automático dos auxiliares e técnicos de enfermagem no mercado de trabalho setorial.

Sob a influência da teoria do ‘capital humano’, em 1971 é aprovada a lei n. 5.692, que materializa a orientação tecnicista do antigo segundo grau, implantando compulsoriamente a terminalidade profissional atrelada a esse grau de ensino.¹⁰² A principal justificativa para essa generalização era a necessidade de um suposto mercado de trabalho para técnicos de nível médio, surgido em decorrência do ‘milagre econômico brasileiro’, associado à apologia das tecnologias materiais. Em seu nome, dizia-se necessário qualificar os trabalhadores para que satisfizessem as necessidades de ‘modernização’ da sociedade.

Com essa lei, os dois ciclos do ensino médio, tal qual preconizava a lei de diretrizes e bases (LDB) de 1961, são abolidos. O ciclo ginasial é incorporado ao primeiro grau, e o ciclo

¹⁰² O ensino de Primeiro e Segundo Graus ficou assim organizado: o primeiro ciclo ginasial do ensino médio foi incorporado ao ensino primário obrigatório, estendendo-o de quatro para oito anos (Primeiro Grau). Assim, reduziu-se de sete para três ou quatro anos o antigo ciclo colegial (Segundo Grau), a partir daí compulsoriamente profissionalizante.

colegial ao segundo grau de ensino. Ambos os cursos técnicos de enfermagem passam a ser considerados no nível de segundo grau (atual ensino médio), pois a profissionalização só era admitida nesse nível de ensino, o que seria referendado pela resolução CFE n. 07, de 18/4/1977.

A única diferença entre os cursos passa a ser a carga horária necessária para a integralização do curso em três anos, mas ambos com peso importante da formação profissionalizante sobre a formação geral. Os estudos correspondentes à ‘habilitação de técnico de enfermagem’ somam 2.760 horas distribuídas entre educação geral (1.100 horas) e formação especial (1.660 horas, incluindo o mínimo de seiscentas horas de estágio), então chamada de habilitação plena, enquanto os estudos para a ‘habilitação de auxiliar de enfermagem’ somam 2.200 horas, distribuídas entre educação geral (1.090 horas) e formação especial (1.110 horas, incluindo o mínimo de quatrocentas horas de estágio), chamada de habilitação parcial.

Entretanto, no mesmo momento, a resolução CFE n. 08, de 18/4/1977, permitia que o auxiliar de enfermagem fosse preparado “a título transitório e emergencial, em face das condições sócio-econômicas regionais ou locais e para atender às exigências do mercado de trabalho, ao nível do primeiro grau” (art. 1º), sem abolir a possibilidade de formação no segundo grau. Permitiu também que a formação pudesse ser realizada pelo ensino regular, ou pelo ensino supletivo, ou por ambos, conjugadamente (art. 2º), apoiando-se no parecer n. 2.713, de 11/8/1974.¹⁰³

Esse caráter pendular da formação do auxiliar de enfermagem, que ora está num grau de ensino ora está em outro, é um fenômeno que se verifica desde a aprovação da LDB de 1961, a qual organiza o ensino médio em dois ciclos e está na base do impasse sobre o processo de profissionalização na área. Esse impasse se torna mais agudo com a lei n. 5.692/1971, na medida em que inclui os dois cursos no mesmo grau de ensino, o que não era o projeto da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

A lógica que presidia a discussão sobre a formação técnica na área de enfermagem, até então, era de uma formação tecnológica para os técnicos de enfermagem (médio colegial) e uma formação básica (médio ginasial) para os auxiliares de enfermagem. Mais que isso, a ideia era eliminar o curso de auxiliar de enfermagem, considerado sempre uma solução de

¹⁰³ O parecer n. 2.713/1974, logo após a lei n. 5.692/1971, já havia autorizado os sistemas de ensino, “a título provisório e emergencial”, à formação do auxiliar de enfermagem em nível de Primeiro Grau.

emergência, e privilegiar a formação de técnicos de enfermagem, indicando assim a existência de apenas duas categorias profissionais na área: técnicos de enfermagem e enfermeiros. A tendência predominante era considerar o técnico de enfermagem como o único profissional de segundo grau, com onze anos de escolaridade, e o auxiliar como um profissional no nível de primeiro grau, com oito anos de escolaridade.

Vejamos então como se desenvolve esse debate, considerando a nova concepção de formação profissional em saúde que então começa a predominar, no país, associada à lógica do ‘capital humano’ em saúde, assim como a legislação educacional, na época, particularmente no que se refere à formação dos trabalhadores técnicos de enfermagem.

O progressivo processo de internacionalização da economia e de capitalização da medicina sob a hegemonia americana, no Brasil e nos diversos países latino-americanos, durante os anos 1950, vem acompanhado pela difusão do modelo biomédico flexneriano de formação em saúde. Habitualmente designada por educação ‘cientificista’, essa concepção inspirada no método positivista propõe a passagem de uma prática médica empírica para uma prática cientificamente fundamentada, baseada na sua associação com a investigação científica e o método científico, residindo a aprendizagem, antes de tudo, na atividade técnica concreta, hospitalar e de pesquisa laboratorial. Propõe, portanto, que a prática hospitalar torne-se dominante tanto na educação médica como na dos trabalhadores de saúde em geral, a partir de uma concepção de homem como indivíduo biológico, de uma prática de saúde revestida de neutralidade, pois que cientificamente fundamentada, e de uma prática educativa tão-só tecnicamente definida. O *locus* de operacionalização do modelo seria o ‘centro médico universitário’, responsável pela direção e coordenação de uma rede de atividades, e pressupondo “o predomínio da atenção médica sobre qualquer outro tipo de prática no campo da saúde, incluída a sanitária” (Garcia, 1989, p. 194).

Esse modelo teria profunda repercussão durante as discussões em torno da reforma universitária brasileira. Desde a elaboração do modelo nos EUA, em 1910, as condições para a sua eficiência residiam na vinculação das escolas de medicina às universidades, com a criação de departamentos em lugar de cátedras, a individualização e o desenvolvimento do ensino e da pesquisa em ciências básicas (criação do ciclo básico) e a incorporação do hospital às escolas como campo fundamental do aprendizado clínico. Apesar de essas recomendações serem específicas para o ensino médico, essa concepção de formação seria

reproduzida no desenho curricular das outras profissões da área de saúde, particularmente no ensino de enfermagem superior e técnica.

No Brasil, segundo Rodriguez Neto (1979), a primeira escola de medicina a ser organizada de acordo com os princípios flexenerianos foi a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, criada em 1951, com financiamento da Fundação Rockefeller, seguindo-se outras que adotaram o modelo. Porém, este modelo já estava sendo questionado nos EUA com o surgimento da proposta de ‘Medicina Integral’, que está na base do chamado ‘movimento preventivista’, isto é, da institucionalização da ‘Medicina Preventiva’ nas escolas de medicina.¹⁰⁴ Mais tarde, na década de 1960, ele seria abalado pelo movimento da ‘Medicina Comunitária’, que se operacionaliza no Brasil por meio do modelo PIASS, como já vimos.

Concomitantemente à difusão do modelo flexeneriano no país, os anos 1960 e 1970, como já dissemos, foram marcados pelo discurso apologético em torno das tecnologias, entendida e reduzida aos componentes mecânicos ou ao conjunto de instrumentos materiais de trabalho. Em seu nome, dizia-se necessário qualificar os trabalhadores para que satisfizessem as necessidades de ‘modernização’ da sociedade, e esta foi a principal justificativa para a reestruturação do ensino de primeiro e segundo graus e do ensino superior no país. Concretamente, o que acaba sendo estabelecido com as reformas educacionais operadas nas décadas de 1960 (lei n. 5.540/1968) e 1970 (lei n. 5.692/71) são os interesses do mercado e não os dos que se educam.

No ensino superior, esse discurso implicou o surgimento de um ‘mercado educativo’ de cursos de tecnologia, principalmente a partir do decreto-lei n. 547, de 18/4/1969, que autorizava a organização e o funcionamento de cursos profissionais superiores de curta duração (Peterossi, 1980). Na área de enfermagem, Germano (1984) diz que o parecer n. 163/1972 e a resolução n. 04/1972 do antigo Conselho Federal de Educação (CFE), que surgem por força da lei n. 5.540/1968 (Reforma Universitária), ao reorganizarem o currículo da área são claros ao indicarem a necessidade do enfermeiro dominar cada vez mais as “*técnicas avançadas em saúde*, em razão da evolução científica” (Germano, 1984, p. 40, grifos da autora), ao mesmo tempo que retiram a saúde pública do corpo de disciplinas

¹⁰⁴ Principalmente após a reunião de Colorado Springs, em 1952, e do Seminário de Viña Del Mar, em 1955. A partir da crítica da dicotomia entre Medicina Curativa e Medicina Preventiva, a Medicina Integral propõe o desenvolvimento de uma ‘atitude preventiva’ na formação médica, como base para a atenção médica integral, para a aplicação de medidas de promoção da saúde, para a prevenção das doenças e o diagnóstico precoce. O livro mais representativo dessa vertente é a obra de Hugh Leavell e E. Gurney Clark, ‘Medicina Preventiva’, publicado no Brasil em 1976.

obrigatórias. Isto é, privilegia-se uma formação fundamentalmente voltada para a assistência hospitalar, curativa, individual e especializada, particularmente no campo das cirurgias vasculares, doenças degenerativas e cirurgias plásticas, o que se associa aos interesses do complexo médico-industrial.

Na medicina, além da crescente especialização e fragmentação do ato médico, o que se observa entre 1966 e 1972 é uma grande expansão do número de profissionais graduados pelas escolas médicas, o que, segundo Cordeiro (1984), levou a um aumento da oferta de médicos no mercado de trabalho, nesse último ano, da ordem de 42,5%, contribuindo conseqüentemente para o processo de assalariamento médico. Para esse autor, essa expansão representou uma concessão às pressões das camadas médias por acesso ao ensino universitário, mas ela se deu fundamentalmente pelo que denomina de ‘empresariamento da escola médica’. Em 1960, das 28 escolas médicas existentes, apenas quatro eram particulares (14%); em 1979, de 75 instituições, quarenta (53,3%) eram privadas.

Na área de enfermagem, ao contrário, os estudos indicam que houve a criação de apenas uma escola entre 1956 (33 escolas) e 1969 (34 escolas). Mas nessa área, desde a década de 1950, a oferta de cursos é eminentemente privada e, na maioria, de propriedade dos grupos religiosos. A maioria das universidades públicas federais no país, na época, não tinha curso de enfermagem de nível superior (Paim, 2001). Os cursos de auxiliares e técnicos de enfermagem também cresceram vinculados principalmente às instituições privadas (Vieira e Silva, 1994). Todos os estudos apontam ainda para o desequilíbrio regional da formação dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, para a formação de um excedente de mão-de-obra nos grandes centros urbanos, principalmente na região Sudeste, com o predomínio do estado de São Paulo, o que decorre da concentração dos serviços de saúde nessa região economicamente mais desenvolvida.

A noção de ‘recursos humanos em saúde’ nasce profundamente influenciada pela divulgação no plano internacional da teoria do ‘capital humano’, para designar a mão-de-obra engajada no setor. O marco internacional para adoção da concepção de ‘capital humano’ foi a Carta de Punta del Este, em 1961; no Brasil, foi ratificada pelo setor saúde em 1967, durante a 4ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo então ministro da Saúde, Leonel Miranda, cujo tema central foi ‘Recursos Humanos para as Atividades de Saúde’.¹⁰⁵

¹⁰⁵ Essa conferência foi realizada entre 30/8 e 4/9/1967, no Rio de Janeiro, na Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública (Fensp), que em 1969 tornou-se Fundação de Recursos Humanos para a Saúde, e atualmente denomina-se Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz.

Era necessário, em face das transformações da época, particularmente ante o avanço tecnológico no campo da saúde, elaborar “técnicas de projeção do potencial humano” que permitissem prever a demanda de recursos humanos, especialmente de quadros de alto nível e trabalhadores qualificados, isto é, de nível superior e com instrução equivalente ao antigo ciclo colegial, respectivamente (Brasil/MS, 1967, p. 87). O pressuposto da projeção de ‘capital humano’ era evitar as possíveis carências de pessoal, assim como o desemprego de determinadas categorias.

Porém, enquanto os trabalhadores técnicos médios deveriam passar por uma formação regular e tecnológica, abrindo-lhes a possibilidade de uma futura formação de nível superior, os trabalhadores de nível elementar – como as atendentes de enfermagem – deveriam ser qualificados via treinamento em serviço com o suficiente para prepará-los a exercer determinadas tarefas. De um modo ou de outro, o pressuposto central dessa concepção produtivista da educação era de que tanto pela escolarização regular como pelos treinamentos em serviço os trabalhadores de saúde estariam adquirindo um capital que potencializaria a venda de sua força de trabalho no mercado.

Nesse período, há um intenso processo de discussão em torno da formação de auxiliares e técnicos de enfermagem, protagonizado pela ABEn. Em 1966, são aprovados os dois primeiros cursos de técnicos de enfermagem: o da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ (parecer CEPM n. 171, de 11/3/1966) e, logo após, o da Escola de Enfermagem Luiza de Marillac/PUC-RJ (parecer CEPM n. 224, de 14/4/1966).¹⁰⁶ O primeiro estava vinculado a uma escola laica de uma universidade pública federal do Rio de Janeiro; o segundo, a uma escola católica de uma universidade privada beneficente do mesmo estado. Ambos tinham currículo abrangendo disciplinas de cultura geral e específicas e carga horária aproximada de duas mil horas para todo o curso.

Desde 1962, conforme o parecer CESu n. 279, de 16/11/1962,¹⁰⁷ o parecer CEPM n. 129, de 4/6/1964, e a portaria CFE n. 106, de 28/4/1965, verificam-se dois movimentos, ambos apoiados pela ABEn: o primeiro, de ampliação da escolaridade dos cursos de auxiliares de enfermagem, exigindo-se o ciclo ginásial para o ingresso e não mais o ensino

¹⁰⁶ CEPM – Câmara de Ensino Primário e Médio do antigo Conselho Federal de Educação. A Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac, inicialmente chamada de Escolas de Enfermeiras Católicas Luiza de Marillac, é a primeira escola para enfermeiras religiosas no Brasil. Fundada em 1939, é incorporada à Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro em 1953. Os cursos de graduação iniciam-se em 1939; os cursos de auxiliares de enfermagem funcionam de 1964 a 1988; os de técnicos de enfermagem, de 1966 a 1982; e os de complementação de auxiliar para técnico de enfermagem, de 1983 a 1988.

¹⁰⁷ CESu – Câmara de Ensino Superior.

primário, como estabelecia a lei n. 775/1949; o segundo, de extinção progressiva desses mesmos cursos, na medida em que a partir da LDB de 1961 o ensino de enfermagem poderia ser organizado em escolas de enfermagem de nível superior, escolas de auxiliares de enfermagem (de primeiro ciclo) e escolas médias de enfermagem (de segundo ciclo).¹⁰⁸

A partir desses dois movimentos o curso técnico de enfermagem é aprovado, com a perspectiva de que progressivamente substituísse o curso de auxiliar de enfermagem. A criação desses cursos, na época, provocou o distanciamento da União Nacional dos Auxiliares de Enfermagem (Unae) da ABEn, por divergir da excessiva divisão do trabalho na área, mas ao mesmo tempo provocou uma série de iniciativas da entidade no sentido de transformar os auxiliares em técnicos de enfermagem.¹⁰⁹ Derrotadas as propostas, a partir de 1977, com a resolução n. 07/1977, que institui as habilitações de técnico e auxiliar em nível de segundo grau, transforma-se em União Nacional dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem (Unate), passando a representar as duas categorias.

Clóvis Salgado,¹¹⁰ relator do parecer n. 279/1962, é muito explícito ao indicar que as “Escolas Médias de Enfermagem” seriam convenientes “para substituir gradativamente os cursos de Auxiliares de Enfermagem” e que o ideal seria “fixar como meta a estruturação do curso ao nível do 2º ciclo”. O parecer n. 129/1964 e a indicação do CFE, aprovada em 24/7/1964, que está na origem da portaria n. 106/1965,¹¹¹ sugerem a mesma orientação, ou seja, “a fixação de nível mais elevado de preparação para os candidatos a essa profissão”.

A defesa é pela existência de apenas duas categorias de enfermagem: o técnico de enfermagem e o enfermeiro, conforme explicitado mais tarde no parecer CESu n. 75, de 30/1/1970, e no parecer CEPm n. 170, de 10/3/1970. A ideia era que no “futuro próximo” o

¹⁰⁸ Em 1969, o CFE, pela portaria n. 6/1969, designa uma “comissão especial para estudo da implantação de escolas técnicas de enfermagem”, visando transformar as escolas de auxiliares de enfermagem em escolas técnicas. Fazem parte Clóvis Salgado, José Borges dos Santos, Nair Fortes Abu-Merhy e Rubens Maciel. Além disso, já estava tramitando na Câmara dos Deputados o projeto de lei n. 852/1967, que propunha a transformação das escolas de auxiliares de enfermagem em escolas técnicas de enfermagem.

¹⁰⁹ Dentre essas iniciativas, estão a elaboração do anteprojeto de lei n. 852/1967 e a solicitação de mudanças na lei n. 2.604/1955 para que os auxiliares de enfermagem com mais de dez anos de serviço fossem enquadrados como técnicos, assim como para que os técnicos pudessem exercer a chefia dos serviços de enfermagem. A Unae, criada em 1951, passa a atuar efetivamente a partir de 1964. Dornelles diz que no período 1965-1979 ela realiza onze congressos da categoria e encaminha um grande número de reivindicações trabalhistas, tais como aposentadoria para os auxiliares e técnicos aos 25 anos de serviço, enquadramento do auxiliar em nível de Segundo Grau, jornada de trinta horas de trabalho, salário mínimo profissional, adicional noturno e abertura de concurso público no INPS.

¹¹⁰ Médico mineiro, ex-ministro da Educação e Cultura do Governo Kubitschek, apoiou o golpe militar de 1964 e foi membro do Conselho Federal de Educação de 1964 a 1968, conforme <http://www.cpdoc.fgv.br/nav_jk/htm/biografias/Clovis_Salgado.asp>.

¹¹¹ Com essa portaria, ocorrem mudanças significativas na estruturação desse curso que rompem com a lei n. 775/1949. Esta portaria incorpora as disciplinas gerais relativas às duas primeiras séries do curso ginasial, além das disciplinas específicas; nestas últimas, a portaria torna obrigatório o ensino de saúde pública e amplia o tempo de formação para dois anos letivos.

curso de auxiliar de enfermagem viesse a “coincidir com o Curso Técnico de Enfermagem. Atingido esse ponto, haveria somente duas modalidades de Enfermagem: Enfermeiro – curso superior; Técnico de Enfermagem – nível colegial” (parecer n. 75/1970).

De fato, as informações sobre o sistema regular de ensino indicavam um aumento expressivo da oferta de cursos de auxiliares no ciclo colegial. Romanelli (2002), no âmbito da discussão que realiza sobre o ensino médio e profissional no período 1960-1971 no país, baseada nas Estatísticas da Educação Nacional do MEC, fornece informações interessantes sobre o sistema, particularmente sobre esses cursos.

Produzidas segundo a nomenclatura anterior à lei n. 5.692/1971, segundo a qual o ensino médio (ramo secundário e ramo técnico) era organizado em dois ciclos de sete anos, a primeira questão a ser destacada é que as informações parecem indicar que os cursos de auxiliares de enfermagem só são incorporados nas estatísticas nacionais a partir de 1969. A segunda questão é que esse tipo de curso tanto é classificado no primeiro ciclo (curso ginásial, atualmente incorporado ao Ensino Fundamental) como no segundo ciclo (curso colegial, atual ensino médio), evidenciando assim o caráter pendular desse tipo de curso, ora no primeiro ciclo ora no segundo, apesar de os dados indicarem que nos anos de 1969 e 1971 a maioria dos cursos e matrículas estava concentrada no primeiro ciclo do ensino médio.

Porém, o que chama a atenção são duas informações: a primeira é interna a esse tipo de curso, e a segunda diz respeito à expansão desse curso quando comparado ao conjunto de cursos dos diversos ramos de ensino técnico existentes na época. No primeiro caso, entre 1969 e 1971, o número de cursos do primeiro ciclo praticamente dobra (de 19 para 35 cursos) e ocorre uma expansão da matrícula de quase três vezes (de 877 para 2.590). Em relação aos cursos do segundo ciclo, eles aumentam em sete vezes (de dois para 14 cursos), e o número de matrículas se expande em quase seis vezes (de 94 para 546). No segundo caso, verifica-se que, apesar de em termos absolutos o número de cursos de auxiliares de enfermagem e de matrículas ser bem inferior ao quantitativo dos outros ramos de ensino, a expansão destes é proporcionalmente muito superior ao que se observa nos cursos dos ramos comercial, normal, industrial e agrícola, nesses dois anos. Não há informações sobre o vínculo público ou privado dos estabelecimentos de ensino e da oferta de cursos de técnicos de enfermagem (Romanelli, 2002).

Portanto, estava havendo uma expansão importante da oferta de cursos de auxiliar de enfermagem pelo sistema regular de ensino no ciclo colegial. Em outras palavras, estava se

exigindo na entrada do curso o ciclo ginásial e, na saída, a conclusão do ciclo colegial para a obtenção do diploma, tal qual para o curso de técnico de enfermagem.

A expansão da matrícula escolar em todos os níveis de ensino já vinha ocorrendo desde antes do golpe militar, em decorrência da aceleração do processo de industrialização. De 1945 a 1959, a matrícula do ensino primário cresceu em 126%; do ensino médio, entre 1935 e 1960, em 655%; e do ensino superior, entre 1939 e 1959, em 307,8%. Apesar de não ser o único determinante e de manter o dualismo existente no sistema educacional entre um ensino voltado para a formação das elites e outro para os segmentos populares, essa expansão quantitativa estava associada também ao contexto de emergência do capitalismo monopolista, no país, que permitiu e determinou o

crescimento da capacidade produtiva, particularmente no setor de bens de produção e no setor de bens duráveis de consumo; o investimento maciço do Estado em infra-estrutura, sob a forma racionalizada da organização fordista do trabalho e da produção; a adoção do planejamento na aparelhagem estatal. [A] progressiva, embora ainda reduzida, modernização de alguns setores da prestação de serviços e da atividade mercantil eram, inegavelmente, indicadores de um patamar superior do emprego diretamente produtivo do conhecimento científico e do aprofundamento do predomínio da lógica científica na nossa organização social – a demandar de uma fração maior da força de trabalho novas capacidades de trabalho, que viessem a dar conta do estágio alcançado pelo nosso processo de modernização capitalista. (Neves, 1991, p. 84)

Com o golpe militar de 1964, o desenvolvimento do sistema educacional brasileiro esteve profundamente marcado também tanto pela expansão e aprofundamento do emprego diretamente produtivo do conhecimento científico quanto pela capacidade de pressão popular de acesso ao saber sistematizado. Para Neves (1991), mesmo que o emprego diretamente produtivo da ciência tenha se combinado com as estratégias de superexploração da força de trabalho por meio do arrocho salarial, o que reduziu a necessidade do domínio do saber abstrato sistematizado pela escola, o avanço das forças produtivas no país demandou a elevação do patamar mínimo do saber científico pela escola.

A racionalidade do trabalho invadiu aceleradamente e de modo abrangente, no pós-64, os setores público e privado da produção, a burocracia hipertrofiada do Estado, os serviços industriais e de consumo coletivo e o setor terciário moderno. No campo, pela intermediação do Estado, os históricos latifúndios se transformaram progressivamente em empresas agropecuárias, estabelecendo novas relações de produção que, por sua vez, passaram a exigir novas e diferentes capacidades de trabalho. Dessa forma a lógica científica foi-se espalhando mais intensamente no conjunto das relações sociais, exigindo do conjunto maior de trabalhadores o domínio de novos códigos culturais – a cultura técnico-científica – mesmo que tanto a heterogeneidade estrutural da nossa economia e a fragilidade da organização das massas populares, agora amordaçadas pela ditadura, ainda pusessem à margem desse processo um contingente significativo da nossa população. (Neves, 1991, p. 95)

Parece-nos que o aumento de escolaridade que se verifica então na área de enfermagem não estava sendo determinado pelo processo de trabalho em saúde isoladamente, mas pelas mudanças nas relações sociais que acompanhou o processo de modernização conservadora no país, exigindo o domínio do saber científico do conjunto da população. No âmbito do processo de trabalho em saúde e, particularmente, no de enfermagem, a progressiva introdução de novos equipamentos médicos de base eletromecânica complexificou o trabalho em alguns setores (cirurgia cardíaca, cirurgia plástica, centro de tratamento intensivo etc.), determinando a necessidade de conhecimentos mais especializados e o aumento do patamar da escolaridade para compreensão de códigos e sinais.

Mas a introdução de equipamentos sofisticados na área de saúde não ocorre de forma generalizada em todos os setores, exceto no de material descartável, e de maneira geral não substitui, necessariamente, o trabalho vivo. Ao contrário, muitas vezes cria novas demandas e novos perfis de trabalhadores técnicos de saúde.¹¹² Por sua vez, o aumento da oferta de cursos de auxiliares de enfermagem verificado em ambos os ciclos estava aquém da expansão observada dos estabelecimentos de saúde. Entre 1960 e 1984, a capacidade instalada de leitos hospitalares no país passa de 257.371 para aproximadamente 520 mil leitos. Destes, 22.976 (8,93%) e 211.802 (40,7%) leitos são, respectivamente, do setor privado lucrativo, o que revela o dinamismo do setor nesse período (Machado, 1992).

Nesse contexto, a perspectiva de abolir os cursos de auxiliares de enfermagem ou sua substituição pelo curso técnico colegial em todo o país torna-se irreal. Com a expansão dos serviços de saúde, que acompanha o acelerado processo de crescimento dos grandes centros urbanos, a alternativa então esboçada é a abertura de cursos intensivos de auxiliares de enfermagem, aprovada pelo parecer n. 75/1970.

Baseado na noção de círculo vicioso da doença e pobreza de Winslow e Myrdal e nas técnicas de projeção de ‘capital humano’ elaboradas pela ABEn, consideradas fundamentais para se sair do ‘estágio de subdesenvolvimento’ em que o país se encontrava, esse parecer indica que, de acordo com os estudos sobre a necessidade de pessoal de enfermagem, havia

¹¹² A crescente capitalização da medicina que ocorreu nos países capitalistas centrais envolveu a maior utilização de medicamentos como também o uso mais intensivo de equipamentos médicos, a difusão do uso de serviços diagnósticos e a automação de testes laboratoriais, além da aplicação de sistemas e pesquisa operacional, difundindo o uso de computadores para administração e controle de hospitais. Na área de laboratório, a introdução de equipamentos automatizados diminuiu a mão-de-obra empregada. Segundo Braga e Paula (1981), o desenvolvimento de instrumentos e materiais descartáveis, como seringas, agulhas hipodérmicas, lençóis, uniformes e luvas, também contribuiu para diminuir o uso de mão-de-obra no espaço hospitalar.

“um déficit de 33.560 *enfermeiros* e de 229.000 *auxiliares de enfermagem*” (parecer n. 75/1970, grifos no original). O mercado de trabalho, por sua vez, estava constituído por 6.300 enfermeiros, 12.428 auxiliares de enfermagem e 70 mil atendentes. Agregue-se a isso a precária capacidade instalada do sistema formador em enfermagem, quando comparado à medicina, o que provocava um desequilíbrio nas equipes de saúde, que tendia a se agravar.

Segundo a exposição de motivos, enquanto o estado de São Paulo sozinho detinha mais escolas de medicina do que o México ou qualquer outro país da América Latina, expulsando excedentes de médicos no mercado de trabalho entre 1956 e 1969, havia sido criada apenas uma escola de enfermagem e 29 de auxiliares de enfermagem naquele estado, de acordo com dados da ABEn. No Brasil, na época, existiam 34 escolas de enfermagem e 72 escolas ou cursos de auxiliares de enfermagem. Apesar de o parecer não explicitar, certamente essas últimas escolas não são aquelas vinculadas ao sistema regular de ensino, mas anexas aos hospitais privados. Presumimos que esses cursos se caracterizavam mais como cursos de treinamento em serviço para os atendentes de enfermagem.

Diante dessa realidade e com apoio da ABEn, o parecer aprova a criação do curso intensivo para a formação básica de auxiliares de enfermagem.¹¹³

A medida imediata e prática é o aproveitamento do Curso de Auxiliar de Enfermagem, tanto para suprir o déficit alarmante de profissionais regularmente formados, como para *início de carreira* que poderá levar até ao curso universitário, suas especializações e pós-graduações, incluindo o mestrado e doutorado, carreira aberta aos que se mostrarem, de fato, *capazes* durante o curso (parecer n. 75/1970, grifos nossos).

A diferença dessa proposta em relação às outras alternativas existentes é o patamar de escolaridade exigido para o ingresso e a duração do curso.

Todas as alternativas então em voga pressupõem algum grau de escolarização para o ingresso, que variava desde a conclusão do curso primário até o curso ginasial, ministrando-se as disciplinas gerais ou apenas as específicas de enfermagem, sendo a mais comum a exigência da 2ª série ginasial ministrando apenas as disciplinas de enfermagem, com carga horária de duas mil horas.¹¹⁴ Sem abolir essas alternativas, o patamar mínimo de

¹¹³ Além dessa iniciativa da ABEn, outro projeto estava em andamento, o de formação de auxiliares de enfermagem desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em convênio com o MEC, a Opas, a OMS e o Unicef, que se realizou no período de 1963 a 1973, considerada a primeira intervenção governamental para a requalificação de atendentes em auxiliares de enfermagem. Porém, segundo informações do próprio MS, não alcançou resultados significativos. Ver Brasil/MS. Revista Formação, 2001.

¹¹⁴ Havia quatro formas de ingresso no curso: 1) matrícula com exigência de certificado de conclusão do curso primário, ministrando-se as disciplinas gerais da 1ª e da 2ª séries do antigo curso ginasial, junto com as disciplinas específicas; 2)

escolarização dos cursos intensivos passa a ser o ginásial, organizado em tempo integral, com 11 meses de duração e carga horária mínima de 1.080 horas, admitindo apenas uma exceção. Tal qual exigia o decreto-lei n. 8.778, de 22 /1 / 1946, que havia expirado em 1964, abre a possibilidade para que os atendentes de enfermagem com um mínimo de “dois anos” de prática hospitalar fossem admitidos no curso, desde que tivessem o certificado de conclusão da antiga 2ª série ginásial.

A proposta é criticada por Clóvis Salgado (parecer nº 170/1970), mas foi aprovada considerando-se que: 1) aproveita candidatos de mais cultura; 2) exige maior concentração e, conseqüentemente, mais rápido aproveitamento; 3) atende mais rapidamente à demanda urgente de profissionais de enfermagem; 4) o curso só pode ser autorizado em escolas que ofereçam as melhores condições de ensino, com instalações e corpo docente credenciado pelo número e nível de preparação (enfermeiros diplomados).

Ou seja, a aceleração da formação não era só para acompanhar a expansão do mercado de trabalho, mas principalmente para atingir o objetivo de haver apenas duas categorias de enfermagem: enfermeiro e técnico de enfermagem. Nesses termos, a iniciativa é considerada uma medida de exceção e solução de emergência para a crise de pessoal habilitado. É vista como forma de fazer coincidir o curso auxiliar com o curso técnico de enfermagem, ao exigir o certificado de conclusão do primeiro ciclo para matrícula, ao mesmo tempo que visa retirar do curso de auxiliar o caráter de “estágio de categoria secundária” para se tornar o início de uma carreira que pode chegar ao nível universitário.

No entanto, se a questão central era o grande contingente de atendentes de enfermagem no mercado de trabalho setorial, que perfaziam aproximadamente 80% dos trabalhadores de enfermagem em atividade, com precária escolarização regular e semiqualeificados no interior do próprio hospital, como exigir tempo integral durante onze meses de estudo?

Na verdade, essa proposta não resolve o problema do grande contingente de atendentes de enfermagem sem qualificação profissional formal no mercado de trabalho; ela expressa mais a busca de *status* social da profissão, com o ideal de aproveitar os “candidatos de mais cultura” ou “mais capazes”, que está associado à lógica da estratificação social. Nessa

matrícula com certificado de conclusão da 2ª série ginásial, ministrando-se apenas as disciplinas específicas; 3) matrícula com certificado de conclusão da 2ª série ginásial, ministrando-se as disciplinas gerais da 3ª e da 4ª séries do curso ginásial, junto com as específicas; e 4) matrícula com exigência de certificado de conclusão do curso ginásial, ministrando-se exclusivamente as disciplinas específicas. (parecer n. 75/1970).

ótica, a sociedade capitalista não está dividida em classes, não existe antagonismo de classe, é uma sociedade que tende ao equilíbrio. O que existe são estratos sociais, que definem o lugar do indivíduo em uma hierarquia de estratificação baseada no mérito. A relação entre classes transforma-se numa relação entre indivíduos.

Como diz Wood (2003, p. 73, grifos da autora), na lógica da estratificação social, a classe é tratada como “*local estrutural*” e não como “*relação social*”. Enquanto a primeira trata classe como “uma camada numa estrutura hierárquica diferenciada por critérios ‘econômicos’ como renda, ‘oportunidades de mercado’ ou ocupação”, a segunda a entende como “uma relação entre apropriadores e produtores [de mais-valia]”. Na lógica da estratificação social, o homem não interessa como homem, mas como ‘fator humano’, ou “enquanto um conjunto de faculdades a serem trabalhadas para que o sistema econômico possa funcionar como um mecanismo” (Frigotto, 1986, p.58). Sob esse último ponto de vista, o processo educativo escolar interessa na medida em que produz um conjunto de habilidades intelectuais, determinadas atitudes e determinados conhecimentos que funcionam como geradores de capacidade de trabalho.

Essas premissas positivistas estão na base do pensamento veiculado pela *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, produzida pela ABEn, segundo Germano (1984). A autora realizou uma análise das bases conceituais da *REBEn* no período 1955-1980, constatando uma constante nos textos examinados, que é tratar a enfermagem como uma ‘profissão essencialmente social’, no sentido de ser uma profissão que deve servir à humanidade de acordo com as necessidades do indivíduo e da sociedade. Entretanto, o indivíduo é tratado como indivíduo isolado, sem qualquer vínculo de classe, e a sociedade sem qualquer determinação histórica, desvinculada da estrutura econômica. O social aparece seja como expressão de uma sociedade abstrata e vazia, seja como sinônimo de relações interpessoais que a enfermeira mantém com os pacientes e os outros trabalhadores.

Simultaneamente, Germano (1984) observa a constante busca e discussão em torno do ‘*status social*’ da enfermagem, o que não permite às enfermeiras diplomadas compreender a articulação da prática médica com a estrutura social e, por extensão, da prática de enfermagem com o poder médico e com essa mesma estrutura social, aparecendo ambas as práticas como autônomas em relação ao modo de produção de existência capitalista. A defesa da saúde surge aí, tal qual no pensamento neoclássico, como uma competência exclusiva dos

serviços de saúde (mais serviços = mais saúde) e de responsabilidade dos profissionais, e não como decorrência da melhoria das condições de vida e trabalho.

Portanto, presas à própria lógica positivista de conceber a realidade, as lideranças da ABEn, na época, imaginavam a formação colegial de técnicos médios como o “início de carreira que poderá levar até ao curso universitário, suas especializações e pós-graduações, incluindo o mestrado e doutorado, carreira aberta aos que se mostrarem, de fato, capazes durante o curso” (parecer n. 75/1970), e que essa formação iria determinar o ingresso automático no mercado de trabalho.

De maneira geral, o que se verificou após a aprovação da lei n. 5.692/1971 é que as escolas que atendiam às camadas médias da sociedade não aderiram ao caráter profissionalizante em seus cursos de segundo grau. Como a lei favorecia a organização de cursos mais ou menos profissionalizantes, a maioria dos estabelecimentos de ensino privado ‘ajustou’ seus currículos às exigências legais quanto à obrigatoriedade do ensino profissionalizante até sua revogação em 1975.¹¹⁵ Porém, na verdade, essas escolas atendiam de fato aos desejos de seus alunos por uma preparação adequada ao ingresso no ensino superior, privilegiando a formação geral (propedêutica) em detrimento da formação especial (profissionalizante). Por sua vez, as escolas públicas, que atendiam principalmente os segmentos de menor poder aquisitivo, tiveram que aderir integralmente às exigências legais, devido ao fato de estarem subordinadas diretamente ao Poder Executivo. Dessa forma, seus currículos privilegiaram as disciplinas de formação especial, minimizando a importância da formação geral.

Assim, a lei n. 5.692/1971 acaba configurando um novo dualismo educacional pelo acesso diferenciado ao ensino superior – os setores de maior poder aquisitivo ingressam nas universidades públicas, e os egressos do ensino público tornam-se clientes das universidades privadas – ou mesmo impedindo o acesso ao ensino superior dos egressos da escola pública, devido à falta de pré-requisitos de educação geral necessários à aprovação dos exames vestibulares.

Do ponto de vista do mercado de trabalho setorial, a realidade vai tratar de demonstrar que a posse de maior tempo de formação para auxiliares e técnicos de enfermagem não determinou o ingresso destes no mercado de trabalho. Em 1976, entre os trabalhadores

¹¹⁵ A compulsoriedade é abolida com o parecer CFE n. 76, de 23/1/1975, que dilui a profissionalização na educação geral, enfatizando a continuidade dos estudos no nível superior. Finalmente, a lei n. 7.044, de 18/10/1982 extinguiu a profissionalização obrigatória no 2º grau de ensino.

técnicos de enfermagem, 2,23% eram técnicos, 25,68% auxiliares e 72,09% eram atendentes de enfermagem (Médici e Paim, 1987).

Portanto, depois de seis anos da aprovação do parecer n. 75/1970, o mercado de trabalho em enfermagem era predominantemente ocupado pelos atendentes de enfermagem. A incorporação expressiva desses trabalhadores que se verifica nos anos 1960 e, principalmente, nos anos 1970, não pode ser compreendida dissociada do modelo de desenvolvimento capitalista que vinha sendo adotado no Brasil e que se acelera na década de 1970, assim como das profundas alterações verificadas no trabalho em saúde, da grande expansão dos hospitais privados e do modo de organização do trabalho de enfermagem.

Os estudos sobre mercado de trabalho em saúde (Médici, 1987; Nogueira, 1985, 1987; Machado, 1992) realizados a partir da década de 1980 são unânimes em afirmar que os serviços de saúde foram um importante pólo de criação de empregos e absorção de mão-de-obra desde a década de 1960, decorrente da natureza trabalho intensiva da área, isto é, dependente do trabalho vivo. Entre 1970 e 1980, enquanto o emprego no setor primário apresentava taxas negativas de crescimento e o setor secundário se mostrava relativamente estável, o setor terciário exibia altas taxas de crescimento. A população economicamente ativa no setor terciário aumentou em 80%, quando a média do conjunto da economia aumentou 52%.¹¹⁶ No setor saúde, o crescimento foi ainda maior: passou de 306.730 trabalhadores para 614.686, representando um aumento de 109%, o que parece indicar, segundo Nogueira (1985), que tenha havido transferência da população ocupada nas atividades ligadas à agricultura e industrial para o setor terciário e, particularmente, para o setor saúde.

Concomitantemente, amplia-se tanto a oferta como a demanda pelos serviços médico-hospitalares com a expansão da industrialização e a urbanização. Entretanto, os principais postos de trabalho criados privilegiavam, de um lado, a absorção de médicos e, de outro, os atendentes de enfermagem com precária escolarização e qualificação profissional, configurando uma polarização das qualificações no mercado de trabalho setorial.

Em 1977, do total de 454.285 trabalhadores em atividades nos estabelecimentos hospitalares (excetuando-se os trabalhadores administrativos), 35,20% eram de nível superior e 64,80% de nível médio e elementar. No nível superior, os médicos representavam 72,84% e,

¹¹⁶ Oliveira (1981), ao discutir a divisão social do trabalho e as relações intersetoriais a partir dos ciclos do capital e das esferas da produção, distribuição, circulação e consumo, ressalta entre outras questões que, quando o processo de industrialização se impõe como motor da expansão da divisão social do trabalho, o caráter das relações intersetoriais muda radicalmente. No lugar do antigo terciário destinado a sustentar as funções de circulação e distribuição dos bens exportadores, cria-se um terciário cuja função é sustentar a expressão urbana dos processos de industrialização.

no nível médio e elementar, os atendentes representavam 47,65%. No interior deste último grupo, os trabalhadores de nível elementar perfazem 69,1%; destes, 68,86% eram atendentes de enfermagem (Nogueira, 1987). O estudo de Médici e Paim (1987) constata que entre 1976 e 1980 os empregos em enfermagem são em sua maioria no setor privado, sendo que 63,28% e 62,90% dos atendentes, respectivamente, trabalhavam nesse tipo de estabelecimento, o que não significa que o setor público também não os empregasse, muitas vezes se utilizando de artimanhas.¹¹⁷

A opção dos serviços de saúde, principalmente privados, foi pela contratação de atendentes de enfermagem para suprir a falta de pessoal de enfermagem, decorrente da ampliação da oferta e demanda por serviços de saúde. Encontrou-se uma massa de trabalhadores disponíveis, principalmente mulheres, que se deslocavam para os grandes centros urbanos – Rio de Janeiro e São Paulo – em busca de melhores condições de vida e trabalho. Eles encontram no setor saúde uma alternativa rápida para conquistar um emprego e uma profissão, e os produtores privados de saúde uma força de trabalho mais barata e facilmente substituível, mas que precisava ser treinada.

Outrossim, para o setor privado não era um bom critério econômico o emprego de enfermeiros ou auxiliares de enfermagem em tarefas que podiam ser executadas pelos atendentes com qualificação mais restrita. Por sua vez, os baixos salários não estimulam o emprego na área de profissionais de maior qualificação. Em 1970, 51,55% dos enfermeiros ganhavam de três a cinco salários mínimos (SM), enquanto 51,29% das outras categorias ganhavam entre um e três SM e 38,37% ganhavam menos de um SM. Em 1980, o nível salarial dos enfermeiros subiu um pouco: 45,98% se encontravam na faixa de cinco a dez SM, enquanto 33,45% na faixa de três a cinco. As outras categorias concentravam-se (66,38%) na faixa de um a três SM (Médici e Paim, 1987).

Em verdade, a utilização extensiva de pessoal de baixa qualificação, aliada à situação de suboferta relativa de força de trabalho, foi um dos fatores que assegurou a rentabilidade fácil dos investimentos privados no setor, através do achatamento dos salários e da possibilidade de maior rotatividade da mão-de-obra, tendo se constituído, ademais, em uma das bases das políticas de extensão da cobertura implementadas pelo Estado no pós-74, particularmente aquelas voltadas para as camadas mais depauperadas da população. (Machado, 1992, p. 70)

¹¹⁷ Em 1967, o governo militar reorganiza o grupo ocupacional Medicina, Farmácia e Odontologia do Serviço Público Federal (decreto-lei n. 299, de 28/2/1967), que entre outras coisas extingue formalmente a categoria de atendente de enfermagem do quadro funcional, possibilitando o acesso ao cargo de auxiliar de enfermagem desde que se apresentasse certificado de conclusão do curso, com duração mínima de dois anos. Entretanto, a 'lei não pegou', seja porque os trabalhadores já engajados no mercado de trabalho não tinham acesso a cursos de formação, seja porque não havia auxiliares de enfermagem disponíveis. Diante disso, o governo adota um artifício, criando uma categoria similar que substitui o atendente, denominada Auxiliar de Serviços Médicos. Ver Cietto (1969).

Portanto, o processo de empresariamento da saúde no Brasil se deu às custas da superexploração da força de trabalho, principalmente feminina. Acompanhando o movimento do capital em outros setores, os lucros das empresas médicas aumentam na mesma medida em que diminui o salário dos trabalhadores de saúde com o arrocho salarial ou, como diz Ianni (1991), com o confisco salarial.

Mas o critério econômico explica apenas em parte a baixa incorporação principalmente de enfermeiras pelos hospitais privados no período, visto que no interior da corporação médica existiam (e existem) posições que veem as enfermeiras diplomadas como uma ameaça à autonomia da prática médica. Uma vez que reivindicam a estruturação de serviços de enfermagem no interior dos hospitais públicos e privados integrados na administração superior, bem como autonomia técnica no planejamento, execução e avaliação dos serviços e da assistência de enfermagem, os médicos-proprietários consideram a enfermeira um risco para a soberania e a autoridade do médico no mercado de trabalho, particularmente no interior dos hospitais.¹¹⁸

A ideia de ‘paramédico’, ou seja, de uma profissão/ocupação subordinada à medicina, resume a concepção predominante no seio da corporação médica ao longo do tempo. A corporação estabeleceu uma hierarquia funcional, na qual o médico como detentor da propriedade e/ou do poder encontra-se no ápice e abaixo dele inúmeros trabalhadores assalariados como os enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem, aos quais delega ações gerenciais e de cuidados.

Na maioria dos casos, os hospitais levavam em consideração na seleção e admissão dos atendentes o nível de escolaridade, presumivelmente o nível primário, atestado de bons antecedentes pessoais, idade mínima de 18 anos e máxima de 35, experiência prévia em serviço hospitalar, treinamento probatório etc. (Borges, 1966). A formação técnico-profissional, entendida aqui como ‘educação em serviço’ ou ‘treinamento planejado’ ou mero treinamento, era realizada pelas escolas de enfermagem dos próprios hospitais, quando existiam, ou pelos enfermeiros contratados, que geralmente estavam mais enredados nas atividades administrativas do que nas educativas ou de cuidado – na maioria das vezes, diretamente pelo médico ou mesmo por atendentes/práticos de enfermagem com experiência de trabalho.

¹¹⁸ Essas duas condições para o exercício do trabalho de enfermagem seriam vetadas na Lei do Exercício Profissional de 1986.

Nessa conjuntura e nas condições concretas em que ocorreu o empresariamento da saúde, a solução determinada pelo parecer n. 75/1970 – curso intensivo de auxiliar de enfermagem, com onze meses de duração e tempo integral – teve pouco impacto em face das necessidades de requalificação profissional dos atendentes de enfermagem. Pode ter se tornado uma alternativa para aqueles que ainda não trabalhavam no setor saúde, mas não para o conjunto de atendentes já inseridos ou que precisavam trabalhar imediatamente para ajudar na renda familiar. A sua admissão não dependia de certificado de conclusão de curso. Tendo experiência de trabalho hospitalar anterior, melhor; não tendo, aprendia no próprio trabalho via treinamento, considerando que a lógica de organização do trabalho de enfermagem baseada nos cuidados funcionais, ainda dominante, fragmenta e reduz o trabalho à sua dimensão manual, exigindo apenas noções conceituais rudimentares, o suficiente para saber fazer.

Nesse período, o setor saúde, no Brasil, passa a ser organizado de forma mais intensiva com base nos seguintes aspectos: *divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual* sob o controle do médico, na medida em que este detém o monopólio do conhecimento terapêutico e o poder de prescrever e delegar as ações para o conjunto dos trabalhadores técnicos de saúde; *hierarquia do trabalho*, que essencialmente significa dar as regras no interior do processo de trabalho de forma a manter a disciplina para realizar as tarefas prescritas, acelerar o ritmo de trabalho, especificar os esquemas de pagamento e normas, e impor penalidades em caso de falhas; e *desqualificação do trabalho*, no sentido de fragmentar o processo de trabalho por meio de rotinas e padronizações, visando aumentar a velocidade de execução e a incorporação de uma força de trabalho mais barata e facilmente substituível (Brighton Labour Process Group, 1991).

A lógica desse tipo de organização, quando aplicada no trabalho em saúde, é dar conta da grande demanda de cuidados, em consequência do maior fluxo de pacientes, com o objetivo de diminuir o tempo de internação e aumentar a rotatividade dos leitos. Em outras palavras, diminuir o tempo de trabalho dedicado aos pacientes e aumentar a produtividade – e no caso do produtor privado de saúde, elevar os lucros.

Na área de enfermagem, a expressão mais acabada da lógica taylorista é a organização dos cuidados funcionais, uma modalidade de cuidados na qual o foco central são as tarefas e procedimentos, e não exatamente os pacientes. Emerge nos hospitais privados americanos, nas três primeiras décadas do século XX, em consequência do aumento do número de

hospitais, do maior número de internações e da busca de diminuição dos custos e do tempo de trabalho socialmente necessário para a realização do cuidado, conseqüentemente do tempo de permanência dos pacientes no hospital. Nessa modalidade,

os cuidados a serem prestados a um paciente são distribuídos por alguns elementos da enfermagem; por exemplo, um presta os cuidados higiênicos a todos os pacientes, outro verifica os sinais vitais de todos e um outro dá a medicação, e assim por diante, um mesmo paciente é atendido por vários elementos da enfermagem. São delegadas ao pessoal auxiliar todas as tarefas de cuidados aos pacientes; assim a Enfermeira tende a perder contato com eles e passa a gerenciar o seu pessoal. (Almeida, 1986, p. 52)

Outra forma de organizar o trabalho que passa a ser difundida nas décadas de 1950 e 1960 é a modalidade de trabalho em equipe,¹¹⁹ que ao voltar a sua atenção para o trabalhador e a satisfação no trabalho, busca da mesma forma maximizar os resultados e a eficiência. Segundo Almeida (1986), essa proposta também é originária dos hospitais americanos na segunda metade da década de 1940, em razão da escassez de pessoal de enfermagem.

Os conceitos de enfermagem em equipe foram concebidos primariamente para proporcionar pessoal de enfermagem não-profissional com mais ajuda e supervisão por parte da enfermeira registrada, de modo que eles, com a ajuda dela, pudessem dar assistência total ao paciente em vez da assistência fragmentada e não-coordenada que é dada nas designações funcionais. (Kron, 1978, *apud* Almeida, 1986, p. 65)

Deslocando o foco de atenção das tarefas para as necessidades do paciente, com a justificativa da necessidade de humanização do cuidado, a proposta de trabalho em equipe buscou viabilizar a assistência de enfermagem com pessoal sem qualificação formal, ao mesmo tempo que cristalizou o trabalho de gerência da enfermeira. Diferentemente da modalidade funcional, o trabalho em equipe pressupõe a integração das tarefas num único trabalhador, em que cada trabalhador é responsável por um ou vários pacientes, sendo que a decisão de quem é o mais qualificado cabe à enfermeira, responsável pela coordenação e supervisão do trabalho.

No entanto, para Almeida (1986), essa proposta fica mais no nível discursivo e não é realizada na prática, pois segundo a autora, quando o trabalho em equipe não leva em conta a totalidade do trabalho e a democratização das relações no trabalho, o resultado é que acaba

¹¹⁹ No seu nascedouro, essa modalidade é uma construção típica da Escola de Relações Humanas de Elton Mayo. Essa escola parte da crítica à Administração Científica do Trabalho, sugerindo a substituição do *homo oeconomicus* pelo *homo social*, sem perder de vista o aumento da produtividade do trabalho com a redução dos custos. Segundo Motta (1981, *apud* Almeida, 1986), as ideias centrais desta escola são: 1) o *homo social* – o homem é, ao mesmo tempo, condicionado pelo sistema social e pelas demandas de ordem biológica, com necessidades de segurança, afeto, aprovação social, prestígio e autorrealização; 2) o grupo informal, isto é, em qualquer situação de trabalho o gerente lida com grupos humanos e não com uma horda de indivíduos; 3) a participação nas decisões – o homem deve conhecer os fins de sua tarefa, e o grau de participação varia de acordo com a situação e com o padrão de liderança adotado.

predominando o trabalho por funções e a fragmentação. Torna-se assim, nesse contexto, uma proposta que exerce mais uma função ideológica de escamotear as contradições do trabalho, uma vez que as relações de poder (dominação e subordinação) são viabilizadas pelo mecanismo da hierarquia funcional sob o manto de autoridade da enfermeira, e a divisão social é concebida como divisão técnica que conduz à cooperação.

Portanto, há toda uma ideologia que envolve o trabalho em equipe: é preciso que cada um contribua com sua parcela de conhecimentos, de informações, de cooperação e de solidariedade, para alcançar o objetivo comum que é o melhor cuidado do paciente. (...) Se a qualidade da assistência não é alcançada, o procedimento do trabalho em equipe coloca as causas em termos pessoais e funcionais, como falhas na liderança, na comunicação, na desobediência às normas, em cada um não estar dando o máximo de si, sem procurar também causas ligadas às relações sociais advindas da divisão do trabalho e da alienação do trabalhador em relação ao processo de trabalho que separa a concepção da execução (Almeida, 1986, p.66).

Enfim, entre essas duas formas sempre predominou e ainda predomina a organização funcional dos cuidados. A modalidade de cuidados integrais, que pressupõe a integração das tarefas num único trabalhador, foi sendo reconhecida cada vez mais como uma forma mais avançada de reestruturação do cuidado de enfermagem, no sentido de oferecer uma assistência integral aos pacientes. Mais que isso, foi sendo considerada uma forma contrária à lógica capitalista da ampliação máxima da taxa de lucro das empresas médicas, na medida em que pressupõe a ampliação da equipe de enfermagem ou a relação enfermagem-paciente, concomitante com a melhoria das condições materiais para o exercício da prática. Entretanto, como afirma Almeida (1986), a sua realização está imbricada também com a democratização das relações de trabalho no interior da equipe de saúde e particularmente na equipe de enfermagem, superando uma concepção estratificada, hierarquizada e autoritária da prática. Na ausência dessas condições, o que predomina ainda hoje na maioria dos hospitais é a lógica da organização funcional dos cuidados, e não a lógica dos cuidados integrais.

Esse conjunto de elementos – o processo de industrialização na fase monopolista do capital, no país; o empresariamento na saúde baseado na produção em larga escala de procedimentos médicos; e o modo de organização do trabalho de enfermagem com base nos cuidados funcionais – são os determinantes para a incorporação do grande contingente de atendentes de enfermagem, ao mesmo tempo para a baixa incorporação de auxiliares e técnicos de enfermagem pelos serviços de saúde. De um lado, está a lógica da superexploração do trabalho de atendentes de enfermagem; de outro, a lógica da qualificação escolar protagonizada pela ABEn.

A lógica dos cuidados funcionais não prescinde da qualificação mínima dos atendentes, principalmente via treinamentos em serviços, mas também em outras formas então organizadas no período do Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-Obra (PIPMO),¹²⁰ com a participação da ABEn e do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac). O seu objetivo era “promover habilitações profissionais a nível de 2º grau e a qualificação e treinamento de adolescentes e adultos em ocupações para os diversos setores econômicos, em consonância com as diretrizes da Lei n.º 5.692, de 11 de agosto de 1971” (art. 2º).

Para Barradas (1986), essa proposta visava antes de tudo treinar apenas o necessário para o domínio de um conjunto de habilidades práticas, tanto tornando o trabalhador vulnerável em termos de conhecimentos técnicos, na medida em que limitava a sua ação a algumas tarefas, como reduzindo o seu poder de barganha em relação ao empregador. Não consistia em conhecer teoricamente a atividade, mas em fazer o trabalhador “integrar-se numa organização, estabelecer relações com as pessoas, submeter-se a disciplinas, formar atitudes e comportamentos” (Novaes, 1970, *apud* Barradas, 1986, p.128).

O PIPMO, segundo essa autora, constituiu-se num produto direto dos princípios da teoria do ‘capital humano’, especificamente no que diz respeito ao *manpower approach*, isto é, na perspectiva da adequação dos indivíduos educados às dimensões e características da estrutura ocupacional. Entretanto, pelo seu caráter eminentemente prático, não ajustou requisitos educacionais a pré-requisitos de uma ocupação no mercado; ajustou apenas habilidades manipulativas a pré-requisitos de algumas tarefas ou passos de uma tarefa do posto de trabalho.

No programa, isso se expressou na produção de pacotes tecnológicos de ensino, que tiveram como referência a Coleção Básica Cinterfor,¹²¹ montada a partir de séries metódicas organizadas por instituições de formação profissional de diversos países latino-americanos e pelo princípio da homogeneização. Ou seja: a orientação para a produção do material didático era que ele deveria ter elementos comuns, portanto universais, e dessa base comum cada país ou região deveria adaptá-lo à realidade específica. Essa coleção se caracterizava por um

¹²⁰ Esse programa foi criado originalmente com a denominação de Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-Obra Industrial (PIPMOI), em 1963, vinculado à Diretoria de Ensino Industrial do MEC, e destinava-se a preparar trabalhadores e candidatos a trabalho na indústria. Projetado inicialmente para funcionar durante vinte meses para o setor secundário, teve a duração de 19 anos, expandindo-se na década de 1970 para os setores primário e terciário. A expansão do PIPMO para o setor saúde foi permitida oficialmente pelo decreto n. 70.882, de 27/7/1972, então vinculado ao Departamento do Ensino Médio do MEC.

¹²¹ O Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (Cinterfor) é uma agência da Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1946, com sede em Montevidéu, Uruguai.

conjunto de folhas de operação e de informações tecnológicas relativas a determinada ocupação, produzidas para serem usadas em qualquer tipo de curso, tanto de treinamento como de educação técnica.

Algumas seções estaduais da ABEn tornaram-se instituições executoras desse programa ainda em 1971,¹²² como as dos estados da Bahia, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Alagoas, Sergipe, São Paulo, Guanabara, Rio de Janeiro e Santa Catarina. Participaram também da seleção de instituições em condições de celebrar convênios com o programa e do treinamento de enfermeiras responsáveis pelos estágios e aulas práticas, como forma de controlar a oferta dos cursos patrocinados pelo PIPMO para a área de saúde, que comumente não tinham programa mínimo nem eram ministrados necessariamente por enfermeiras. Uma irregularidade frequentemente encontrada, na época, era a de existirem instituições privadas emitindo certificados de auxiliares de enfermagem com cursos intensivos de 150 horas de formação (Amorim, 1979).

Mas a atuação da ABEn possivelmente foi muito desigual entre os estados, principalmente nos grandes centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro, onde proliferaram de forma desordenada os cursos privados e havia dificuldades de se encontrar enfermeiras disponíveis para ministrar aulas. As seções estaduais, na sua maioria, atenderam fundamentalmente ao treinamento de atendentes de enfermagem já engajados nos serviços de saúde, cerca de 80% do pessoal treinado. Cerca de 90% da carga horária dos cursos de atendentes era destinada aos aspectos práticos, com uma carga horária semanal média de 35 horas, durante 15 semanas (525 horas em aproximadamente quatro meses), caracterizando assim a sua natureza intensiva (Castro, 1972).

A partir da segunda metade da década de 1970, o Senac, que até então tinha pouca ou nenhuma atuação na área de saúde, em convênio com o PIPMO, edita a Série Metódica Ocupacional para a formação de auxiliares de enfermagem ou, mais precisamente, para a requalificação dos atendentes de enfermagem, contando com a consultoria de especialistas da área. Essa série foi editada na forma de manuais para diversas áreas da enfermagem, tais como a pediátrica e a médico-cirúrgica, obedecendo a uma sequência lógica de tarefas e operações básicas para o desempenho das funções, constituindo-se de uma folha de tarefa que indica 'o que fazer', uma folha de operação indicando "como fazer" e a folha de informação

¹²² Em 1971, foi assinado convênio entre a atual Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, e o PIPMO/MEC para a elaboração de Manuais para o Treinamento de Atendentes, conforme Castro (1972). Entretanto, não localizamos nenhum exemplar desse material.

tecnológica que destaca o “com que e por que fazer”, representando os conhecimentos tecnológicos necessários à execução eficiente e consciente das tarefas (Rocha, 1979).

Nessa mesma época, no âmbito do Projeto Acesso do Departamento de Ensino Supletivo do MEC, inicia-se a elaboração dos Exames de Suplência Profissionalizante para técnicos de segundo grau do setor saúde, abrangendo as áreas de enfermagem e laboratório médico (MEC, 1975). A preocupação era prover os sistemas estaduais de mecanismos adequados para a aplicação dos exames construídos com base na análise ocupacional. Esses exames previstos pela lei n. 5.692/1971, cap. IV (ensino supletivo), foram posteriormente regulados pelo parecer n. 699, de 6/7/1972, da Câmara de Ensino de primeiro e segundo graus. O objetivo geral era promover a habilitação profissional para aqueles sem a devida escolaridade na área profissionalizante.

Segundo a lógica da análise ocupacional, são convocados especialistas de cada área para preparar os programas e provas, iniciando-se pelo arrolamento de atividades legais e típicas de cada habilitação. Logo depois, vem a preparação dos programas e provas cujas questões deveriam, necessariamente, envolver os conhecimentos instrumentais para o exercício da atividade, os conhecimentos de equipamentos e processos específicos, a capacidade de execução de operação típica da modalidade técnica e a capacidade de organização, programação, estimativa orçamentária, controle de custeio e coordenação das atividades.

Esses exames de suplência profissionalizante foram o caminho indicado pelo CFE para todos os práticos e atendentes de enfermagem, que até aquele momento não haviam obtido o certificado de habilitação técnica em nível de segundo grau, conforme o parecer n. 934, de 11/9/1972.¹²³

Se, nos exames em que forem aprovados, cobrirem a parte de formação especial exigida para a habilitação em Enfermagem ao nível de 2º grau, receberão o competente certificado com validade nacional. Se depois, ou concomitantemente, vierem também a cobrir a parte de educação geral correspondente ao núcleo comum, fixado no Parecer nº 853/71-CFE, farão jus a diploma de técnico idêntico ao do ensino regular. Eventualmente os exames poderão desenvolver-se ao nível de 1º grau, [porém] o certificado assim obtido (...) já não terá validade nacional nem o seu portador fará jus ao diploma de técnico, mediante a cobertura da parte de educação geral por via supletiva ou regular. (parecer n. 934/1972)

¹²³ Esse parecer foi motivado pela demanda da Associação Brasileira de Enfermeiros e Massagistas Práticos (Abemp), que reivindicava o revigoramento do decreto-lei n. 8.778/1946, expirado em 1964, que permitia aos práticos de enfermagem, sem formação regular, prestar exames de habilitação e obter o certificado de práticos.

Segundo estudos da Organização Pan-Americana da Saúde (Castillo *et al.*, 1999), a adoção do método de análise ocupacional em que se baseia a produção das séries metódicas indicadas aqui e os exames de suplência profissionalizante acompanhou a expansão dos serviços médico-hospitalares na maioria dos países da América Latina, nas décadas de 1970 e 1980. Assim, influenciou o desenho das carreiras e os currículos dos centros de formação profissional em saúde, com a adequação progressiva das atividades pedagógicas às necessidades do mercado de trabalho setorial, privilegiando o ensino com ênfase nas tarefas do posto de trabalho.

No Brasil, desde então, com o desenvolvimento desse método, a qualificação na área de enfermagem passa a classificar no plano da hierarquia social seus diferentes trabalhadores, na medida em que procurou identificar as características do posto de trabalho quanto à complexidade/simplicidade e delas inferir o perfil ocupacional do trabalhador apto a ocupá-lo, em termos de escolaridade (Ramos, 2001). Esse procedimento está na origem do parecer n. 3.814, de 12/11/1976, que fixa os conteúdos curriculares mínimos dos cursos de auxiliar e técnico de enfermagem com base nos perfis ocupacionais, que definem “as atividades mais características dos três níveis de profissionais de Enfermagem e, conseqüentemente, os objetivos dos três cursos que conduzem à sua formação”.

Em relação aos auxiliares e técnicos de enfermagem, as atribuições são diferenciadas em termos de complexidade/simplicidade, cabendo aos primeiros a execução de “atividades básicas”, como cuidados de higiene, conforto e tratamento simples aos pacientes hospitalizados, preparo de material e equipamento e execução de tratamentos predeterminados ou prescritos. Aos técnicos cabem as “atividades mais complexas”, como participação no planejamento e execução dos cuidados integrais, chefia de unidades de enfermagem hospitalar e educação em serviço dos atendentes.

Diante da caracterização do posto de trabalho do auxiliar de enfermagem, como atividade de natureza básica, a portaria mantém a possibilidade de que a formação possa se realizar em nível de primeiro grau, o que seria ratificado mais adiante pela resolução CFE n. 08/1977, conforme referimos de início. O método de análise ocupacional fornece a base para a definição das atribuições dos auxiliares e técnicos na nova Lei do Exercício Profissional, aprovada na década de 1980 (lei n. 7.498, de 25/6/1986, e decreto n. 94.406, de 8/6/1987), mas reserva a chefia de unidades como um ato privativo do enfermeiro.

Portanto, estamos diante de um longo processo de requalificação dos atendentes de enfermagem para auxiliares de enfermagem e destes para técnicos de enfermagem. O caráter pendular dos cursos de auxiliares de enfermagem revela nesse contexto, antes de mais nada, a luta da corporação de enfermagem, representada pela ABEn, pela existência de apenas um profissional de nível médio, os técnicos de enfermagem.

Ademais, deve-se considerar que se existe uma diferença entre ambos os profissionais, esta é o tempo de formação escolar regular, no caso em que a formação técnica do auxiliar de enfermagem se realize apenas com exigência do primeiro grau de ensino, já que para ser técnico de enfermagem obrigatoriamente se teve sempre que completar o segundo grau. Exceto isso, quando a formação técnica é realizada nesse último grau de ensino, como originalmente emanava da lei n. 5.692/1971, a diferença de aproximadamente quatrocentas horas a favor do técnico de enfermagem determina uma diferença formal no conteúdo da formação técnica, mas não uma diferença real do ponto de vista do processo de trabalho. Isto é: o fato de o curso de auxiliar de enfermagem não prever conteúdos de administração de unidade e de ações mais complexas em setores como o centro de tratamento intensivo (CTI), unidade coronariana, hemodiálise e outros, não determina que no processo de trabalho concreto ele deixe de ser lotado ou que atue nesses setores.

É importante frisar que até a aprovação da segunda Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, em 1986, o técnico de enfermagem não era uma categoria reconhecida, e não havia legalmente atribuições diferenciadas entre ambos os profissionais. Existia regulamentação educacional, mas não regulamentação profissional específica para essa profissão. Durante vinte anos (1966-1986), desde a criação dos primeiros cursos de técnicos de enfermagem, o mercado de trabalho nunca reconheceu possíveis diferenças de atribuições entre o técnico e o auxiliar de enfermagem; mesmo depois de aprovada a lei n. 7.498, de 25/6/1986, continuou a não reconhecer, como indicam as pesquisas do Ministério da Saúde (Brasil/MS, 2003) e de Peduzzi e Anselmi (2004).

Do ponto de vista da empresa médica, isso representou uma economia de custos com a mão-de-obra, ao se contratar uma força de trabalho mais qualificada pelo mesmo valor do auxiliar de enfermagem ou mesmo do atendente de enfermagem. Ou seja, o técnico de enfermagem também foi submetido à lógica da superexploração do trabalho, ou em outras palavras: sua qualificação mais elevada não determinou uma elevação na escala salarial. Isso é o que aponta, por exemplo, a pesquisa realizada pela ABEn-Cofen (1985). Constatou-se,

com base em levantamento nas instituições de saúde no Brasil entre 1982 e 1983, que “somente 22,8% dos técnicos de enfermagem ocupam o cargo para o qual efetivamente foram preparados. Mais da metade deles (50,8%) ocupa o cargo de auxiliar de enfermagem e 21,5%, o de atendente de enfermagem” (ABEN-Cofen, *apud* Nakamae, 1987, p. 92).

De todo modo, os dados de Médici e Paim (1987) indicam que entre 1976 e 1980 houve uma incorporação importante de técnicos de enfermagem, principalmente no setor privado. Entre os trabalhadores técnicos de enfermagem, esse posto de trabalho evoluiu de 3.831 para 7.203, ou um incremento bruto de quase 90% acima dos auxiliares e atendentes.

Finalmente, queremos ressaltar que a diferença da formação técnica média entre auxiliares e técnicos de enfermagem é apenas formal. Ambos têm uma formação tecnológica que lhes permite realizar atividades de diversos níveis de complexidade no processo de trabalho. Nesse último ponto de vista, podemos dizer também que mesmo formados em nível do antigo primeiro grau (atual ensino fundamental), os auxiliares de enfermagem executavam atividades de diversos níveis de complexidade, pois sob a vigência da primeira Lei do Exercício Profissional (n. 2.604/1955), suas atribuições eram “todas as atividades da profissão” (art. 5º),¹²⁴ exceto a direção dos serviços de enfermagem, de escolas e o ensino na área. Portanto, para as lideranças da ABEn o pêndulo deveria se mover, prioritariamente, em direção à formação escolar de segundo grau para os auxiliares de enfermagem.

Quanto à força de trabalho com precária qualificação formal, a alternativa que foi construída principalmente para a requalificação do grande contingente de atendentes de enfermagem nos anos 1980, foi o ‘Projeto Larga Escala’. Tributário da experiência do PPREPS, essa proposta se organiza em torno da estratégia de integração ensino-serviço e se torna responsável pela institucionalização da formação profissional em saúde no âmbito das secretarias estaduais de saúde. Sua atuação se dirige fundamentalmente para a qualificação do grande contingente de trabalhadores sem formação profissional nos serviços de saúde, via ensino supletivo regulado pelo parecer n. 699/1972.

Paralelamente vai se desenvolvendo outra proposta de formação dos trabalhadores técnicos de saúde tributária das discussões em torno da reestruturação da formação profissional em saúde em Cuba e Nicarágua (Cebes, 1984; Márquez, 2006) e da produção intelectual da área trabalho-educação no país, que se organiza em torno da proposta de

¹²⁴ Atribuição extensiva aos enfermeiros práticos e práticos de enfermagem, como dissemos no capítulo anterior.

educação politécnica de ensino. Sua atuação privilegia a formação de novos quadros por meio da integração da formação geral com a formação profissional em saúde, via ensino médio.

Para ambas as matrizes se apresenta, a partir de então, o duplo desafio de superar uma visão abstrata e biologicista do processo saúde-doença e de articular a formação dos trabalhadores técnicos com o processo de trabalho em saúde. Ambas originam-se da crítica à tradição de formação profissional em saúde baseada fundamentalmente em treinamentos a partir das necessidades específicas e pontuais dos serviços de saúde e, também, da crítica à forma como foi encaminhada a profissionalização no antigo segundo grau de ensino (atual ensino médio) no país, com a lei n. 5.692/1971 (Brasil, 1982; EPSJV, 1987).

Entretanto, a identidade entre ambas as correntes termina aí, na medida em que as propostas de intervenção se baseiam em concepções pedagógicas diferenciadas. O próximo item trata da emergência dessas propostas no contexto de redemocratização do país e do que se tornou conhecido como movimento da reforma sanitária brasileira.

3.5 Reforma sanitária e o debate em torno da formação profissional dos trabalhadores técnicos de saúde

A década de 1980 é considerada por vários autores como uma década perdida, em razão da falência dos numerosos planos de estabilização da economia brasileira: Planos Cruzado I e II, em 1986; Plano Bresser, em 1987; e Plano Verão, em 1989, passando pela decretação da moratória da dívida externa, em 1987, que suspende o pagamento dos juros aos bancos privados internacionais. Medidas que não evitam que se chegue ao final desse período com a inflação atingindo 1.764,86%, caracterizando uma perspectiva de hiperinflação (Brum, 1991).

Segundo Fiori (1992), o Estado desenvolvimentista no Brasil sempre enfrentou graves problemas de financiamento, entre outras razões pela “ausência de um mercado de capitais ativo e/ou de um sistema bancário privado solidário com o processo de desenvolvimento” (Fiori, 1992, p. 45). Por isso, o financiamento de longo prazo sempre dependeu dos recursos externos, em associação com a histórica fragilidade do sistema financeiro interno. Entretanto, nos anos 1980 ocorre a coincidência entre a crise fiscal do Estado brasileiro com a crise

financeira internacional, que bloqueia um tripé importante que sempre sustentou a dinâmica industrial brasileira, principalmente na perspectiva de ‘fuga pra frente’, isto é, impedindo a abertura de novas fronteiras de acumulação com o apoio dos recursos externos.

Então o que parecia uma crise periódica ou conjuntural chega ao final dos anos 1980 como uma crise financeira global, responsável pela inflação crônica e ascendente, pela estagnação econômica e pela crise social. Mais do que isso, a falência do Estado também representou a falência do projeto desenvolvimentista. A crise econômica, que tem na dificuldade de acesso aos recursos internacionais sua causa mais visível, também é provocada

pelo esgotamento do fôlego de um projeto que se propôs a completar a industrialização guiada pela segunda Revolução Industrial e pelo fordismo. [Até] 1979, os horizontes eram nítidos porque se referiam ao passado da difusão de um padrão tecnológico e organizacional que já não tem fôlego internacional. A partir dos anos 1980, inexistem setores básicos a serem constituídos dentro deste padrão de industrialização, uma vez que a estrutura industrial se encontrava praticamente consolidada no Brasil. (Fiori, 1992, p.46)

Entretanto, para esse autor, o fator-chave que transforma definitivamente a crise fiscal e financeira numa crise orgânica do Estado é a decomposição da coalizão socioeconômica e política que sustentou o Estado desenvolvimentista. Desde 1977, principalmente, os empresários começaram a se manifestar contrários à estratégia econômica do governo Geisel proposta no II PND. “A partir daquele momento cresce progressivamente a dissociação da nossa burguesia com um modelo econômico que ela considerava cada vez mais próximo de um inaceitável ‘capitalismo de estado’” (Fiori, 1992, p.48), passando a se opor de forma cada vez mais radical ao modelo desenvolvimentista, ou ao tradicional papel do Estado de alavancador e estrategista do nosso desenvolvimento econômico. Percebendo que se tratava de um momento de mudança estratégica, eles vetaram qualquer solução de tipo estatizante, inclusive dos reformistas da oposição no decorrer dos anos 1980, com quem haviam se aliado desde a segunda metade dos anos 1970.

De tal forma que se pode afirmar que o velho tripé em que se sustentou a nossa industrialização se decompôs entre 1977 e 1982, quando o Estado e o capital estrangeiro desertaram de suas funções por razões basicamente econômicas, enquanto que o capital nacional rompia sua lealdade por razões ideológicas e estratégicas. (Fiori, 1992, p. 48)

Concomitante à crise econômica, o processo de redemocratização evolui desde o marco da derrota eleitoral do governo em 1974, com as greves operárias em 1978 que impõem uma nova política salarial e abre espaço para o nascimento do Partido dos

Trabalhadores (PT) e das centrais sindicais nacionais. Nesse período ocorre um forte movimento no sentido da auto-organização envolvendo operários, camponeses, mulheres, jovens, camadas médias, intelectuais e mesmo setores da burguesia. O resultado é uma crescente pressão social que se transforma em mobilização em torno das ‘diretas-já’ no ano de 1984.

Portanto, apesar da recessão econômica, para Coutinho (2006, p.188) o Brasil chega aos anos 1980 como uma sociedade do tipo ‘ocidental’, isto é, com “uma sociedade civil forte e articulada, que equilibra e controla a ação do Estado *stricto sensu*”. Ou, em outras palavras, apesar de algumas características ‘prussianas’ ou ‘pelo alto’ de que se revestiu o projeto de abertura e atravessou a ‘Nova República’, a sociedade civil emergente promoveu um processo de abertura ‘a partir de baixo’, que transcendeu o projeto ‘pelo alto’, o qual culmina com a promulgação da nova Constituição de 1988 e a conquista de importantes direitos sociais.

O momento em questão marca também a ruptura institucional da corporação de enfermagem com a direção política da então diretoria da ABEn, com a emergência do Movimento Participação, uma iniciativa de um grupo de profissionais e estudantes de enfermagem visando transformar a atuação dessa entidade e que assume sua direção a partir de 1986 (Albuquerque e Pires, 2001).

Esse processo, no qual economia e política se articulam mas mantêm trajetórias próprias, determina que durante toda a década de 1980 a devolução das liberdades democráticas, a recomposição do quadro político-partidário e sindical e a redação da nova Carta Constitucional convivam todo o tempo com a aceleração dos desequilíbrios macroeconômicos e com o progressivo estrangulamento financeiro do Estado e da economia privada. Da maratona reformista, Fiori (1992) considera que a mais bem sucedida foi a reforma sanitária. Em três anos (1985-1988), durante o governo Sarney, conseguiu-se inscrever na nova Carta Constitucional o reconhecimento do direito à saúde e o compromisso estatal com a proteção universal, e iniciar um processo de profunda reformulação político-administrativa do sistema de saúde na direção da unificação, descentralização e universalização dos serviços e ações de saúde.

De acordo com Escorel (1998), o movimento sanitário de origem preventivista surgiu e se desenvolveu a partir dos anos Geisel, e com ele houve uma reviravolta na maneira de tratar e discutir saúde no Brasil no âmbito dos conceitos e incorporando a política à análise e à prática da saúde, na luta pela modificação do atendimento e na melhoria das condições de

saúde da população brasileira. É um período caracterizado não pela substituição do modelo de atenção à saúde, mas por uma mudança na arena política da saúde, a partir do desenvolvimento de uma abordagem marxista nesse campo, com base nos trabalhos seminais de Donnangelo (1975) e Arouca (2003),¹²⁵ e pela conformação de um novo sujeito político coletivo, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes).¹²⁶

Sob a hegemonia do Partido Comunista Brasileiro (PCB), mas aglutinando no seu interior diversas correntes de esquerda, o Cebes funciona como órgão de difusão da teoria social da saúde, por meio da revista *Saúde em Debate*. Articula e assessora no que diz respeito a assuntos relativos à saúde para diversas organizações, tais como sindicatos, associações de bairros, órgãos de imprensa, entidades estudantis, Poder Legislativo, escolas etc., além de se associar, no plano mais geral, com os movimentos contra a carestia, na luta pela anistia e contra a ditadura, com o lema Saúde e Democracia, e no plano setorial, com o movimento sindical e com a renovação das entidades médicas.

A mudança na arena política da saúde envolveu não apenas a criação do Cebes, mas se expressou em três vertentes que, apesar de integrarem o movimento sanitário, detinham especificidades de atuação. A primeira estava representada pelo próprio Cebes e o movimento estudantil setorial, responsáveis pela difusão de uma ideologia social consubstanciada numa teoria social da saúde, da organização dos profissionais ao redor das entidades e propostas transformadoras para o sistema de saúde; a segunda, pelo movimento dos médicos residentes e o novo sindicalismo médico, responsáveis por uma atuação política que, reconhecendo o assalariamento médico em contraposição à ideologia liberal, resultou não apenas na ocupação dos sindicatos e uma luta estritamente econômica como também na discussão e análise da política de saúde, das relações do mundo do trabalho, organização do trabalho, legislação sindical, instrumentos de luta do trabalhador, como a greve etc. A terceira e última vertente, a acadêmica, mostrava-se responsável pela construção do marco teórico marxista, que

¹²⁵ A tese de doutorado de Maria Cecília Ferro Donnangelo, defendida em 1973, foi publicada em 1975 sob o título *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. A tese de doutorado de Antonio Sergio da Silva Arouca foi defendida em 1976 e publicada em 2003 com o título *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*.

¹²⁶ O Cebes é criado em 1976, durante a 28ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), realizada em Brasília, por proposta de médicos e professores ligados aos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, principalmente das universidades paulistas, e da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro. Em 2007, o Cebes, no contexto de sua refundação, publicou o livro *Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária*, que recupera os fundamentos teórico-conceituais da saúde coletiva brasileira por meio da seleção de textos originais publicados a partir de 1976, com as principais ideias e debates que conformaram o movimento da reforma sanitária na forma de três dossiês: a construção do campo de conhecimento, a construção da estratégia política e teoria e tática da reforma sanitária. Ver Fleury, Bahia e Amarante (2007).

transformou o pensamento preventivista em médico-social, bem como por sua difusão e desenvolvimento associados à formação de intelectuais orgânicos da proposta, por meio dos Cursos Descentralizados de Saúde Pública (1975), prioritariamente em conjunto com as secretarias estaduais de saúde, das residências em Medicina Preventiva e/ou Social (1979) e da abertura de cursos de mestrado e doutorado.

Essa última vertente tem a sua origem nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social (DMPs) das universidades, criados após a reforma universitária de 1968, principalmente em São Paulo e Rio de Janeiro.¹²⁷ Até 1975, o esforço realizado nos DMPs de algumas faculdades de medicina “foi o de incorporar criticamente as ciências sociais à análise das questões de saúde, rejeitando a ideia do equilíbrio universal do funcionalismo, a neutralidade da ciência do positivismo e assumindo a sociedade composta por classes em conflito e luta” (Escorel, 1998, p. 110).¹²⁸ É essa vertente que daria origem também a outra entidade que cumpriu um papel importante na área de saúde coletiva durante o debate constituinte: a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Para Laurell (1976), esse posicionamento teórico foi desencadeado pelo reconhecimento da fragilidade e fragmentação das análises das relações existentes entre saúde e sociedade e surgiu como resposta a quatro questões:

- a) da observação de que a posição de classe explica muito melhor que qualquer outro fator biológico a distribuição da doença na população e o tipo de patologia predominante;
- b) do equívoco da suposição ‘desenvolvimentista’ de que as condições de saúde coletiva melhorariam, como resultado automático do crescimento econômico;
- c) da percepção de que o desenvolvimento da atenção médico-hospitalar não implicou num avanço substancial na saúde dos grupos cobertos por ela;
- d) da noção de que a distribuição destes serviços entre os diferentes grupos e classes sociais – que está em relação inversa às necessidades de cada um – não depende de

¹²⁷ DMPs da USP, Unicamp, de Sorocaba, Botucatu, Ribeirão Preto, Santa Casa de São Paulo e Escola Paulista de Medicina. Com o desmantelamento do DMP da Unicamp, após 1975, os docentes se deslocaram para o DMP/USP, para o PPREPS do acordo MS/MEC/Opas e para o Rio de Janeiro. Neste estado, o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com a criação do mestrado em Medicina Social, e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, com os projetos de pesquisa Peses/Peppe, tornaram-se os principais polos de produção teórica das diversas temáticas que conformaram a teoria social da saúde. O primeiro contou com financiamento da Opas, das fundações Kellogg e Ford e da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep); o segundo, com o apoio financeiro da Finep.

¹²⁸ O ensino de medicina preventiva e a incorporação das ciências sociais em saúde foram estimulados pela Opas a partir dos seminários de Viña del Mar e de Tehuacan, em 1955 e 1956, respectivamente, sob a influência do positivismo como base para análise do fenômeno saúde/doença. Esses eventos contribuíram para difundir a proposta de medicina integral e medicina preventiva pautada pelos princípios liberais originários dos Estados Unidos, que buscava responder antes de tudo ao aumento dos custos da atenção médico-hospitalar e que, no Brasil, teve uma leitura estatal dentro do projeto racionalizador da atenção médica, desdobrando-se depois na proposta de medicina comunitária. Entretanto, no início dos anos 1970, sob a liderança de Juan César Garcia, então na Opas-Washington, inicia-se um processo de avaliação do ensino de medicina preventiva na América Latina. Escorel (1998) assinala que esse autor foi o principal teórico e o grande articulador do movimento de medicina social na região, a partir de uma análise crítica das ciências sociais, nos marcos do estruturalismo. Com os estudos de Garcia (1989) sobre a educação médica na região, apresentados na Reunião de Cuenca, em 1972, os 11 países participantes rejeitaram o positivismo por sua insuficiência como método de análise do fenômeno saúde-doença. Ver também Castro (2008, capítulo 2).

considerações técnicas e científicas, mas, principalmente, de considerações econômicas, políticas e ideológicas. (Laurell, 1976, *apud* Nunes, 1985, p. 39)

A partir dessa análise, a teoria social da saúde começa a colocar em evidência que a saúde é determinada pelas condições de vida, de trabalho, de renda, do dispêndio de energias físicas e mentais, diferenciada segundo as classes e grupos sociais e a necessidade de acesso e participação da população na riqueza nacional. Em outras palavras, é construída valendo-se de conceitos básicos como a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização, e em torno de conceitos estratégicos como a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, buscando a partir dessa prática uma transformação social (Escorel, 1998).

O desenvolvimento desse marco teórico procura demonstrar o caráter histórico e social do processo saúde-doença com base na crítica ao ‘cientificismo’, ou seja, a concepção positivista de uma ciência universal, empírica, atemporal e isenta de valores, que informa o modelo flexeneriano da formação médica de base hospitalar. Ao mesmo tempo, procura romper com a ideia dominante da autonomia da medicina, de sua efetividade, do poder de transformação social das instituições médicas e do efeito positivo do desenvolvimento econômico sobre a saúde, recolocando-a como prática social (Garcia, 1983).

Partindo da crítica à abordagem preventivista – buscando retirá-la da sua subordinação à prática clínica – e à abordagem racionalizadora técnica – visando superar a concepção de uma medicina ‘pobre’, de baixa complexidade e baixo custo, dirigida aos marginalizados sociais, e viabilizar o controle social do sistema pela população –, Paim (1985) destaca que o saber produzido na academia, ao alimentar as demandas à política social do Estado e a necessidade de intervenção nas práticas assistenciais, propiciou a confluência de interesses entre a proposta de medicina comunitária e o projeto crítico de medicina social no Brasil.

O ano de 1979, com o início do último governo militar (1979-1985), marca uma nova fase do movimento sanitário, a de ocupar de forma mais permanente o espaço parlamentar com a realização do 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde,¹²⁹ organizado pela

¹²⁹ Neste evento, realizado em outubro de 1979, o Cebes apresentou sua plataforma programática intitulada A Questão Democrática na Área da Saúde, dando início a uma trajetória que culminaria com a aprovação das suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e na Constituição Federal de 1988. Nela se define o princípio fundamental de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, se reconhece o caráter socioeconômico global das condições de saúde da população e se propõe um conjunto de medidas visando deter o empresariamento da medicina, transformar os atos médicos em bem social gratuito, unificar o sistema de saúde, responsabilizar o Estado pela administração do sistema, estabelecer mecanismos de financiamento eficazes, descentralizar o sistema e viabilizar a participação social em todos os níveis e etapas da política de saúde (Fleury, Bahia & Amarante, 2007, p. 149-151).

Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Os governos estaduais eleitos em 1982 foram importantes aliados na defesa do setor público, reforçando as críticas ao padrão anterior de centralização de recursos e de poder na esfera federal, à privatização na oferta dos serviços de saúde e à exclusão de segmentos importantes da população dos benefícios previdenciários.

Em 1983, são implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS),¹³⁰ uma estratégia desenvolvida pelo movimento sanitário no interior do Inamps possibilitada pela operacionalização do plano Conasp, com base na experiência acumulada com três grandes projetos desenvolvidos na segunda metade da década de 1970: o Plano de Localização de Unidades de Serviços (PLUS), o Projeto Montes Claros e o PIASS.

O modelo construído com a utilização dos três projetos institucionais caracterizou-se como regionalizado, hierarquizado em quatro níveis assistenciais, com definição da porta de entrada para o sistema. Suas principais diretrizes eram: a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária. Essas diretrizes e esse modelo perduraram nas AIS, na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Reforma Sanitária, propostas defendidas pelo movimento sanitário. (Escorel, 1998, p. 133)

Mas, ao implementar as AIS, o movimento sanitário começa a pôr em prática nesse momento uma outra estratégia, a de ocupação dos espaços institucionais com o objetivo de “fazer das instituições de saúde um *locus* de construção da contra-hegemonia”, e com isto mudar a direção da política de saúde e privilegiar o setor público (Escorel, 1998, p. 189).¹³¹ A intensa articulação e a conseqüente adesão de sindicalistas e parlamentares do principal partido de oposição – Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) – fizeram prevalecer suas propostas no âmbito das negociações políticas na transição do regime autoritário para um regime democrático, no início da ‘Nova República’ particularmente a

¹³⁰ As AIS, como ficaram conhecidas, surgem como um Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS). Implementadas em alguns estados brasileiros a partir de 1983, apesar das resistências do setor privado e da falta de recursos financeiros, se transformam, em 1984, em estratégia de reorientação setorial privilegiando o setor público e visando à integração interinstitucional, à descentralização e à democratização. As ações eram orientadas pelos seguintes princípios gerais: “responsabilidade do poder público; integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público; definição de propostas a partir do perfil epidemiológico; regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados; valorização das atividades básicas e garantia de referência; utilização prioritária e plena da capacidade potencial da rede pública; descentralização do processo de planejamento e administração; planejamento da cobertura assistencial; desenvolvimento dos recursos humanos e o reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais em todo o processo” (Escorel, 1998, p. 185).

¹³¹ Sergio Arouca, por exemplo, assume, em 1985, a presidência da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Hésio Cordeiro é nomeado presidente do Inamps em 1985; e Eleutério Rodríguez Neto vai para o Departamento de Planejamento de Saúde do Inamps e depois assume o cargo de assessor legislativo da Câmara dos Deputados. Mas Escorel destaca que essa estratégia, ao privilegiar as instituições de saúde, relegou a segundo plano a ampliação e o aprofundamento da aliança com as classes populares e trabalhadoras de maneira geral; e que o movimento passou a sofrer as limitações das alianças que a instituição impõe, ficando restrito aos avanços e recuos no âmbito das políticas institucionais, ao espaço político-legal ou jurídico-institucional de luta, o que seria parcialmente revertido durante o processo constituinte com a configuração da Plenária Nacional de Entidades de Saúde. Para outra análise sobre o distanciamento do movimento da reforma sanitária das entidades populares e movimentos sociais, ver Rodríguez Neto (2003, cap.3).

unificação do sistema de saúde, assim como garantiram a nomeação dos representantes para postos-chave da administração pública federal.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, foi o principal marco desse processo, pelo amplo espectro de alianças que se organizou em torno dela. Apesar dos interesses e preocupações muitas vezes conflitantes, as forças progressistas se uniram tendo como base o processo de unificação e estatização do sistema de saúde, um dos principais motivos que levaram o setor privado a não participar do evento. Diferentemente das conferências anteriores, além dos profissionais, prestadores de serviços de saúde públicos e quadros técnicos e burocráticos do setor, incluiu os usuários do sistema.

Reunindo aproximadamente cinco mil pessoas, entre as quais mil delegados, a 8ª CNS aprovou o princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a ser implementado com a unificação, a democratização e a descentralização do Sistema de Saúde; ampliou o conceito de saúde e aprovou propostas relativas às bases financeiras do sistema, incorporadas posteriormente ao texto constitucional. Com base em Paim (2008), pode-se dizer que esse evento é um divisor de águas não apenas na forma de pensar a política de saúde, no país, como também, ou principalmente na diferenciação existente entre reforma setorial e reforma social. Desse último ponto de vista, a reforma sanitária brasileira (RSB) tal qual pensada naquele momento envolvia três elementos que extrapolavam a perspectiva de uma simples reforma setorial. Segundo Paim (2008, p. 173), a RSB aponta, ao mesmo tempo, para a democratização da saúde, do Estado e da sociedade, nos seguintes termos:

- a) *democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão;
- b) *democratização do Estado* e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos;
- c) *democratização da sociedade* alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma ‘totalidade de mudanças’, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.

A 8ª CNS desdobrou-se em diversas conferências específicas, entre as quais a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), realizada em 1986, e em outros espaços de organização política, como a Comissão Nacional de Reforma Sanitária

(CNRS) e a Plenária Nacional de Entidades de Saúde.¹³² Esta última teve uma atuação intensa no processo constituinte visando à aprovação das propostas da 8ª CNS, culminando na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional.¹³³ A partir de então, se torna desnecessário ser contribuinte do sistema de seguridade social para ter direito garantido à saúde, o que representava no âmbito político-institucional operacionalizar o princípio de universalidade das ações de saúde, por meio da aceleração do processo de municipalização, que já vinha ocorrendo desde a implantação das AIS.

Foi um processo que encontrou forte resistência dos interesses privatistas, da burocracia do Inamps, de dentro do próprio MS, principalmente após o início da operacionalização do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), aprovado em julho de 1987.¹³⁴ Articulados em torno do denominado ‘Centro Democrático’ ou ‘Centrão’, como ficou conhecido desde 1984, reunindo deputados de perfil conservador do PMDB, PFL, PTB e PDS, os interesses contrários à municipalização foram substituindo paulatinamente as políticas progressistas por políticas conservadoras. O segundo momento do Governo Sarney (1985-1990), como diz Escorel (1998, p. 188), é marcado por uma ‘meia-volta à direita’ em relação à política de assistência médica previdenciária.

A partir de 1987, ante o imobilismo e a incapacidade em controlar a situação econômica, os interesses em torno da manutenção do regime presidencialista e da definição do mandato presidencial de cinco anos, o ‘Centrão’ se tornou a base de sustentação da ‘Nova República’. Assim, retornou-se ao velho pacto político do autoritarismo, com mudanças na equipe ministerial, distribuição dos cargos públicos e uma prática política cada vez mais conservadora e privatizante.

¹³² Constituída por entidades do movimento popular (MOPS e Conam), do movimento sindical (CUT, CGT e Contag), dos profissionais de saúde (Federações, Confederações, Associações Nacionais, Sindicatos e Conselhos Profissionais), partidos políticos (PCB, PC do B, PT e PSB), academia (Abrasco, entidades científicas e Departamento Nacional de Estudantes de Saúde da UNE), além do Cebes, Conass e Conasems.

¹³³ Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (CF, 1988)

¹³⁴ O Suds foi uma proposta da presidência do Inamps, visando à descentralização e municipalização das ações de saúde, ao enxugamento da máquina previdenciária no âmbito estadual, à transferência dos serviços de saúde para estados e municípios, ao estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo e à transferência para cada esfera dos instrumentos de controle sobre o setor privado. A sua aprovação foi o estopim da reação das lideranças políticas fisiológicas vinculadas ao setor privado de saúde, já insatisfeitas desde a implementação das AIS, que com seus interesses regionais ameaçados se organizaram em torno do ‘Centrão’ e fizeram pressão pela demissão de Hésio Cordeiro da presidência daquele órgão, o que ocorreu em março de 1988. Com sua demissão, mesmo naqueles municípios com amplo apoio ao Suds, o seu desenvolvimento encontrou sérias dificuldades. Ver entrevista de Hésio Cordeiro em Fleury, Bahia e Amarante (2007, p. 182-184).

No setor saúde, esse grupo multipartidário defendeu os interesses do setor hospitalar privado, da medicina de grupo, das cooperativas médicas e do setor liberal da medicina. Na Assembleia Constituinte, seus integrantes recuperaram o espaço que haviam perdido nas comissões de trabalho e, por uma manobra política, propuseram e aprovaram um projeto de resolução para mudar o regimento interno da Assembleia, alterando as regras no meio do jogo. A partir de então, podia-se apresentar emendas e até mesmo projetos de Constituição que não haviam passado pela Comissão de Sistematização para votação¹³⁵ (Rodríguez Neto, 2003).

Nesse contexto, a inscrição da saúde como um direito universal no texto constitucional, em outubro de 1988, deveu-se à existência de uma ampla frente de forças políticas organizadas em torno da Plenária Nacional de Entidades de Saúde e articuladas em torno de um projeto comum. Deveu-se também ao trabalho dos líderes dos partidos progressistas na mesa de negociações.

Na verdade, para Fiori (1992) o Suds, implementado na gestão Hésio Cordeiro no Inamps entre 1985 e 1988, teve continuidade com o Sistema Único de Saúde (SUS) e se consolidou com o reconhecimento constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, não só pela origem do movimento sanitário, mas pela ampla base de apoio inclusive de parte dos setores conservadores insatisfeitos com a situação de saúde da população, que passaram a defender a mudança do modelo assistencial privatista. Para o autor citado, essa foi a razão fundamental para a vitória da reforma sanitária.

Entretanto, como acentua Bahia (2008), no embate de forças com o setor privado de saúde, a proposta de mudar as bases jurídico-legais dos contratos público-privados não se traduziu integralmente no texto constitucional. O resultado foi uma solução negociada do artigo 199 da Constituição, que define que a assistência médica à saúde é livre à iniciativa privada, podendo participar de forma complementar do SUS, segundo as diretrizes deste e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.¹³⁶ Além disso, o artigo 227, parágrafo 1º, do capítulo VII, relativo à

¹³⁵ No caso da Seguridade Social e na Saúde, em particular, a disputa ocorreu entre vários projetos e emendas apresentadas ao Plenário da Constituinte, dentre estes o projeto da Comissão de Sistematização e o substitutivo do 'Centrão'. Segundo Rodríguez Neto (2003), as disputas se polarizavam entre os interesses públicos e privados, o trabalho e o capital, a estatização e o liberalismo. Na saúde, a grande bandeira dos setores conservadores era o combate à 'estatização'. Esse autor reproduz também documento encaminhado pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) à Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) em defesa da participação do setor privado.

¹³⁶ Desde a 8ª CNS, um dos grandes debates do movimento da reforma sanitária foi entre 'estatização já' e 'estatização progressiva', vencendo a segunda. A ideia, inscrita na Emenda Popular da Saúde encaminhada à Comissão de Sistematização, era que todos os serviços públicos e privados se vinculariam ao SUS, sendo que os serviços privados

família, à criança, ao adolescente e ao idoso, abriu a possibilidade de o Estado promover conjuntamente com entidades não governamentais (ONGs) programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, o que para Rodriguez Neto (2003, p. 102) significa uma “clara contradição com a natureza e os princípios do Sistema Único de Saúde”.

Na área de educação, as disputas também foram acirradas, particularmente em torno da inclusão da qualificação para o trabalho como objetivo da educação nacional.¹³⁷ De um lado, estavam as entidades nacionais da área de educação reunidas no Fórum da Educação na Constituinte em Defesa do Ensino Público e Gratuito e as centrais sindicais, que tentavam assegurar ao trabalhador o direito à sua qualificação dentro do sistema educacional regular ou, mais especificamente, articular a formação geral com a formação técnica em nível de segundo grau, sob a responsabilidade direta do poder público; de outro lado, estava o Sistema S (Senai e Senac), interessado em manter a atribuição exclusiva das empresas industriais e comerciais pela formação profissional.

Essa disputa no campo educacional, tal qual no campo da saúde, também significa uma disputa de projetos de sociedade. Ela se exacerba a partir do primeiro projeto de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) apresentado à Câmara, pelo deputado Otávio Elísio, em dezembro de 1988, que sucessivamente perde apoio parlamentar, até ser substituído pela LDB n. 9.394, de 20/12/1996.

Essa disputa se materializou em torno de duas concepções educacionais distintas: na ótica do trabalho, a defesa pela “educação escolar pública, universal, laica, unitária e politécnica ou tecnológica”, como pré-condição de uma formação profissional “que supere a tradição do adestramento e articule conhecimento científico e filosófico e trabalho, cultura e vida” (Frigotto, 2006, p. 268); na ótica do capital, a tese da educação polivalente que representa uma racionalização da formação com fins instrumentais e pragmáticos. Segundo Machado (1994), trata-se de uma concepção que se apoia no uso cientificista ou positivista da ciência sujeitando o conhecimento à mera instrumentalização utilitarista e o trabalhador a processos de adaptação definidos por regras prescritas, tal qual o modelo flexeneriano acima.

atuariam como concessão do Estado (contrato de direito público) e que no prazo de dez anos não poderiam mais receber quaisquer recursos do poder público, a qualquer título (Rodríguez Neto, 2003, capítulo 4).

¹³⁷ Art. 205. “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”. (CF, 2008). Para mais informações, consultar Neves (1991), que realiza um estudo das propostas educacionais e dos embates no processo constituinte, tanto originárias do âmbito do Estado, por meio do Consed e da Undime, como do âmbito da sociedade civil, através dos empresários e do movimento sindical dos trabalhadores.

Durante a década de 1980, foram se acumulando na área trabalho-educação, organizada no interior da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (Anped) e nas discussões travadas nas Conferências Brasileiras de Educação (CBEs),¹³⁸ reflexões acerca da formação profissional dos trabalhadores e da natureza do ensino de segundo grau em nossa sociedade numa perspectiva contra-hegemônica, por três razões articuladas. A primeira relaciona-se à incorporação do pensamento de Marx e especialmente de Gramsci nas ciências sociais e na educação em diversos programas de pós-graduação; a segunda diz respeito às mudanças científico-tecnológicas que então começam a ocorrer com a substituição da produção em massa, típica do modelo fordista e de um processo produtivo de base metalmeccânica, pela produção flexível de base microeletrônica. A terceira e última razão era o próprio contexto de redemocratização da sociedade brasileira com o processo constituinte na década de 1980, que permitiu aflorar as contradições e os interesses conflitantes e antagônicos em jogo na sociedade (Frigotto, 2006).

O que sempre caracterizou esse grau de ensino no Brasil foi o seu caráter pendular, que ora valoriza a dimensão técnica ou tecnicista, ora valoriza a dimensão propedêutica ou acadêmica. Para superar esse movimento e ao mesmo tempo formular uma proposta de formação dos trabalhadores técnicos, a pergunta central nesse momento, sob inspiração marxiana, era: o que é o homem?

Em Marx, o que define a existência humana é o trabalho, e o homem se constitui como tal à medida que necessita produzir continuamente a sua própria existência, adaptando a natureza às suas necessidades, às finalidades humanas, isto é, agindo sobre a natureza e transformando-a junto com outros homens. Isso diferencia o homem dos outros animais na medida em que estes se adaptam à natureza e não são guiados por objetivos, não antecipam mentalmente o que irão realizar. O trabalho constitui assim a realidade humana, ao mesmo tempo que define a existência histórica dos homens, num movimento em que ao produzir as condições de sua existência o homem também produz cultura, incluindo aí os conhecimentos necessários para a produção do mundo humano, que vai mudando e se ampliando ao longo do tempo, conforme mudam os modos de trabalhar.

¹³⁸ Na década de 1980, ocorreram cinco CBEs: 1ª CBE, 1980, com o tema “A política educacional”; 2ª CBE, 1982, “Educação: perspectiva na democratização da sociedade”; 3ª CBE, 1984, “Da crítica às propostas de ação”; 4ª CBE, 1986, “A educação e a Constituinte”; 5ª CBE, 1988, “A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional”. A última CBE ocorreu em 1991, com o tema “Política nacional de educação” (Saviani, 2008).

A escola, para Saviani (2003), tem que ser entendida a partir desse quadro. Nesse sentido, se no ensino fundamental o trabalho aparece de forma implícita, no ensino médio os mecanismos que caracterizam o processo de trabalho devem ser explicitados.

Entendo, pois, que o ensino médio deveria já se organizar na forma de uma explicitação da questão do trabalho. Nessa etapa, o trabalho já aparece não apenas como uma condição, como algo que ao constituir, ao determinar a forma da sociedade, determina, por consequência, também o modo como a escola se organiza, operando, pois, como um pressuposto de certa forma implícito. Agora, trata-se de explicitar o modo como o trabalho se desenvolve e está organizado na sociedade moderna. Aí é que entra, então, a questão da politecnicidade. (Saviani, 2003, p. 136)

Assim, a noção de politecnicidade se encaminha na direção da superação da dicotomia entre trabalho manual e trabalho intelectual,¹³⁹ entre instrução profissional e instrução geral. Como tal, é uma proposta contra-hegemônica, pois na mesma medida em que a sociedade moderna exige a generalização do conhecimento sistematizado com a crescente incorporação da ciência ao trabalho produtivo e no âmbito da sociedade de maneira geral, ela é marcada por uma dupla e concomitante ordem de contradições: “a contradição entre socialização do trabalho e apropriação privada do trabalho social e a contradição entre socialização da política e apropriação individual ou grupista do poder” (Neves, 2005, p. 22). É no bojo dessas contradições que se dá a disputa entre um projeto no qual o conhecimento do trabalhador seja apenas o suficiente para ele se tornar eficiente nas atividades requeridas pelo mercado de trabalho, ou polivalente, e outro projeto no qual, tomando-se o trabalho como princípio educativo ou politécnico, o trabalhador seja “capaz de pensar, de estudar, de dirigir ou de controlar quem dirige” (Gramsci, 2000, p. 49).

Portanto, a noção de politecnicidade se contrapõe a uma concepção de profissionalização que tem como pressuposto a fragmentação do trabalho em especialidades autônomas, a divisão entre os que executam e aqueles que concebem e controlam o processo de trabalho, e a polivalência do trabalhador que domina uma multiplicidade de técnicas fragmentárias. Ao contrário, postula que o processo de trabalho desenvolva uma unidade indissolúvel entre os aspectos manuais e intelectuais e que o trabalhador domine os fundamentos científicos das diferentes técnicas da produção moderna no ensino médio. Não se trata de formar um

¹³⁹ Cabe lembrar que, para Gramsci (2000), o operário não se caracteriza por realizar trabalho manual ou instrumental, mas por esse trabalho ser realizado em determinadas condições e em determinadas relações sociais. Da mesma forma, o empresário não é determinado pelo caráter mais intelectual de suas funções, mas pelas relações sociais gerais que caracterizam a sua posição na indústria. É por isso que, segundo esse autor, pode-se dizer que todos os homens são intelectuais, embora nem todos exerçam essas funções na sociedade.

trabalhador adestrado para executar determinada tarefa requerida pelo mercado de trabalho, mas na perspectiva de um desenvolvimento multilateral em todos os seus aspectos: físico, intelectual, prático, político, ético, estético, combinando estudo e trabalho.

Ao mesmo tempo, o movimento de reformulação conceitual e operacional do pensamento médico-social, ao apontar para um sentido mais abrangente do conceito de saúde, como parte de uma “totalidade de mudanças” (Arouca, 1988, p.3), e para a construção do SUS, tendo em vista os seus princípios – universalidade, integralidade e equidade – e diretrizes – descentralização, regionalização e hierarquização, e participação da comunidade – ,¹⁴⁰ aponta também para a necessidade de mudanças na formação profissional em saúde. Com vistas a superar o caráter alienado da escola e do trabalho em saúde no que diz respeito aos determinantes sociais do processo saúde-doença e da organização do setor, propõe-se a combinação do estudo e do trabalho, que a formação alie a dimensão técnica e a dimensão política, e a construção de um novo compromisso ético-político dos trabalhadores de saúde pautado na questão democrática, na defesa do serviço público e na relação com a população e usuários dos serviços de saúde.

No plano internacional, as reformas da docência médica média em Cuba e Nicarágua exerceram uma influência importante em Sergio Arouca, uma das principais lideranças da reforma sanitária brasileira, em torno da educação politécnica. Em 1980, a convite de Juan César García, ele foi trabalhar na Nicarágua como consultor internacional da Opas/OMS, atuando na Divisão de Planejamento do Ministério da Saúde, na qual colaborou na elaboração do Plano Nacional de Saúde.¹⁴¹ Nesse período, iniciou seus laços com o sistema de saúde cubano, assessorando tanto na formação de trabalhadores quanto no desenvolvimento de programas assistenciais. Logo após assumir o posto na Nicarágua, Arouca participou em 1980 do II Taller Latinoamericano sobre Formación de Técnicos Médicos en Salud, em Cumaná, Venezuela, junto com Miguel Márquez, consultor da Opas/OMS em Cuba, e Boris Klaindorf

¹⁴⁰ Estamos aqui optando pela diferenciação entre princípios e diretrizes realizada por Matta (2007). Sobre as discussões em torno das mudanças do perfil do trabalhador de saúde tendo em vista a reforma sanitária, consultar o Relatório Final da 1ª CNRHS (1986), principalmente p. 26-28.

¹⁴¹ Arouca, ainda professor do DMP da Unicamp, e Miguel Márquez trabalharam com Juan César García na montagem da estrutura do estudo sobre A educação médica na América Latina, publicado em 1972. Durante os anos 1970, colaborou na reforma do ensino médico de diversos centros universitários latino-americanos, visando romper com o esquema flexneriano da educação médica e ampliar o conteúdo social e comunitário da formação. Márquez (2007) enumera a sua contribuição na Faculdade de Medicina da Universidade de Costa Rica, na Faculdade de Medicina da Universidade de San Carlos de Guatemala e na Universidade Nacional de Honduras. Entre 1977 e 1978, Arouca trabalhou na Nicarágua de forma clandestina com os professores sandinistas da Universidade Nacional da Nicarágua na elaboração de novos planos universitários, que foram aplicados após a vitória da Revolução Popular Sandinista, em 1979. Após 1980, participou diretamente na criação da Unidade de Saúde da Comunidade e na organização do Ministério da Saúde Pública desse país, de onde retornou em 1982. Ver também: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/introducao.htm>>.

Shainblatt, então diretor de Docência Médica Média do Ministério de Saúde Pública Cubano (Cebes, 1984; Márquez, 2007).

O extraordinário avanço de Cuba na elevação do nível de saúde e no acesso à educação da população não pode ser visto exclusivamente como expressão do trabalho nesses dois setores, mas é resultado também (ou principalmente) das profundas mudanças que se operaram nas estruturas econômica, política e social dessa sociedade, após a vitória da revolução cubana em 1959. Na área da saúde, a organização e a estruturação do Sistema Nacional de Saúde, baseado num modelo de atenção à saúde integral, regionalizado, contínuo, com adscrição de usuários, trabalho em equipe e participação ativa da comunidade, envolveram de início um grande esforço em face da ausência de bases materiais para a expansão de cobertura, principalmente nas zonas rurais, e do pequeno número de escolas de medicina, enfermagem, odontologia e técnicas médias de saúde, o que se agravou com o êxodo de mais de 50% dos profissionais de saúde, principalmente médicos, entre 1960 e 1962.

Nesse contexto, a expansão de cobertura tanto para as zonas rurais como para a população urbana exigiu não só a construção/reestruturação de policlínicas e hospitais, por exemplo, como um incremento importante na formação de trabalhadores de saúde, particularmente de técnicos médios. Assim como na Nicarágua, exigiu a elaboração de um plano de estudos emergencial, que de forma descentralizada fosse capaz de formar em massa um grande número de técnicos, principalmente auxiliares de enfermagem, em cursos de seis meses de duração. Dessa fase de arranque, como ficou conhecida, foi-se realizando a ampliação do tempo de formação profissional, a articulação dos planos de estudos dos técnicos médios com o ensino geral de adultos, em face do grande número de analfabetos, a criação de escolas de enfermagem nas províncias e a acreditação de unidades assistenciais e de investigação como áreas docentes ou com a função de docência para a formação de todos os profissionais e técnicos de saúde. Concomitantemente, foi-se realizando a formação de instrutores-supervisores e a assessoria técnico-pedagógica a todas as escolas do país, o desenvolvimento de outros cursos técnicos, e a abertura de vagas para os estudantes egressos do 9º grau de ensino (secundário básico equivalente ao nosso ensino fundamental).

O resultado desse processo foi que, a partir da segunda metade dos anos 1970, suprimiu-se progressivamente a formação de auxiliares de enfermagem, os cursos técnicos passaram a ter três anos de duração e, principalmente, se integrou o ensino médico médio com

a formação geral secundária, com a construção dos primeiros institutos politécnicos de saúde e politécnicos de enfermagem em todo o país, além da articulação desse nível de ensino com as carreiras universitárias.¹⁴²

Essa rápida síntese permite verificar, em primeiro lugar, que a prioridade dada à formação técnica na área de enfermagem não prescindiu para isso de estratégias de formação em massa dos auxiliares de enfermagem, em articulação com a formação geral de adultos, para rapidamente viabilizar a extensão de cobertura e o acesso da população à atenção médica. Em segundo lugar, que essa estratégia emergencial e conjuntural estava subordinada à emergência de uma nova estrutura na perspectiva da formação integral e politécnica, a partir da combinação do estudo e do trabalho na formação dos profissionais de saúde.

Desde o início, a organização do sistema de ensino cubano baseou-se na combinação estudo e trabalho em todos os níveis, visando integrar hábitos de disciplina de trabalho e de estudo em toda a população; familiarizar o educando com as realidades e dificuldades dos processos produtivos, de modo a facilitar a vinculação dos conhecimentos adquiridos na escola com os adquiridos no trabalho, potencializando a possibilidade para solucionar problemas da produção e da realidade social; e desenvolver a consciência de produtor, em contraposição à de consumidor. A ideia marxiana da educação politécnica e da combinação do estudo com o trabalho, para os autores cubanos, baseia-se em três categorias:

uma categoria *econômica*, que é a lei da mudança de trabalho, baseado na natureza revolucionária da base técnica da grande indústria; uma categoria *social*, que é a necessidade de superar a unilateralidade profissional com o fim de obter um desenvolvimento integral do indivíduo; e uma categoria *científico-técnica*, constituída pelos princípios científico-técnicos invariáveis de uma grande quantidade de ramos e processos de produção. (Cebes, 1984, p. 207, grifos no original)

Do ponto de vista epistemológico, portanto, o sistema de ensino cubano se organizou valendo-se da noção do trabalho como princípio educativo, que “afirma o caráter formativo do trabalho e da educação como ação humanizadora por meio do desenvolvimento de todas as

¹⁴² As informações foram extraídas dos textos *Combinação do Estudo e do Trabalho na Formação dos Profissionais de Saúde* (1976) e *A Docência Médica Média em Cuba* (1979) (Cebes, 1984). Atualmente, já não existem institutos politécnicos de saúde em Cuba. Em face da universalização do ensino básico no país, equivalente ao nosso ensino médio, e dos avanços na área de saúde, que ocorrem mesmo durante o período de dificuldades imposto pelo fim do bloco socialista do leste europeu, começa, em todo o país, um forte processo de integração do ensino técnico com a universidade. Gradativamente, durante os anos 1990, os antigos institutos politécnicos são convertidos em Faculdade de Tecnologia da Saúde (Fatesa), que funciona no âmbito do Instituto Superior de Ciências Médicas de Havana e se espalham pelos 169 municípios cubanos. Para mais informações, consultar a revista da Rede Internacional de Técnicos em Saúde (RETS), ano I, nº 02, fev/mar/abr, 2009, acessível em www.rets.epsjv.fiocruz.br. Para um panorama atual do sistema de saúde cubano, a formação técnica e o movimento sindical na área de saúde, ver entrevista concedida por Miguel Márquez à revista *Trabalho, Educação e Saúde*, vol.5, nº 03, nov. 2007-fev. 2008, p.571-576.

potencialidades do ser humano” (Ciavatta, 2009, p. 408). Trata-se de uma concepção com suporte teórico no materialismo histórico, que parte da compreensão do trabalho como produtor da vida na sua dimensão tanto material como cultural, o que inclui a produção de conhecimento, a criação material e simbólica e as formas de sociabilidade. Essa noção, de inspiração socialista, está na origem da concepção politécnica de ensino e da concepção gramsciana de escola unitária, que aponta para a perspectiva de formação *omnilateral* de trabalhadores capazes de produzir, mas também de serem dirigentes, e da indissociabilidade de trabalho, ciência e cultura.

No contexto de uma sociedade socialista, com economia planificada e sistema de saúde organizado, esse princípio educativo teve plenas condições para o seu desenvolvimento, ainda mais considerando que do ponto de vista político-social era urgente resolver uma série de problemas práticos no âmbito da saúde. Era necessário formar quadros intermediários não só para a universalização da assistência como também para o desenvolvimento científico-tecnológico em saúde. Em um país pobre, sem tradição de pesquisa e submetido ao bloqueio internacional capitaneado pelos EUA, o desenvolvimento de uma base científica e de pessoal técnico-científico envolveu muito esforço e colaboração internacional, visando alcançar a autossuficiência nacional em ciência e tecnologia.¹⁴³

Para isso, o fortalecimento progressivo do potencial técnico e científico, assim como da capacidade de criação, e o conhecimento da realidade do país foram elementos fundamentais para a transferência e a assimilação de tecnologias, para o desenvolvimento de novos conhecimentos e sua introdução na prática social. Nesse ponto de vista, a formação integral era entendida também como forma de garantir a capacidade para enfrentar a explosão de informações científico-técnicas em razão das necessidades de desenvolvimento econômico e social do país, isto é, nunca alheias aos problemas econômicos, políticos e sociais, uma vez que a situação de saúde está diretamente relacionada com eles. Ainda que a pesquisa de natureza fundamental fosse desenvolvida, a ênfase era na pesquisa médica aplicada associada

¹⁴³ Em 1965, é criado o Centro Nacional de Informações das Ciências Médicas; depois, em 1966, criam-se dez Institutos de Pesquisa em Saúde, avançando-se em 1973 com a criação do Diretório Nacional de Pesquisa no âmbito do Ministério de Saúde Pública. Em 1974, é criado o Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia e, em 1975, o Instituto de Desenvolvimento da Saúde – este último com o objetivo de desenvolver pesquisas na área sanitária com ênfase na elaboração de metodologia da pesquisa científica aplicada aos problemas de saúde em seus aspectos biológicos e sociais, nas áreas de bioestatística, administração de serviços, medicina social, demografia, computação eletrônica e outros; desenvolver programas de ensino superior ou técnico nesses ramos; e prestar serviços diretos à organização da saúde nesses campos de trabalho. Essa síntese tem como referência os textos Pesquisa em saúde: modelo cubano de organização (1977), Vinte anos de formação de recursos humanos para a pesquisa da saúde em Cuba (1979), Estado atual da pesquisa nos Institutos de Pesquisa de Saúde (1977) e Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas (1980) (Cebes, 1984).

às necessidades de saúde da população. Em 1977, os Institutos de Pesquisa em Saúde contavam com uma massa crítica de mais de mil profissionais, dos quais 27% de técnicos médios, que junto com os pesquisadores de nível superior já atuavam na assimilação e no desenvolvimento de tecnologias avançadas.

Como diz Ciavatta (2009, p. 413), “o trabalho não é necessariamente educativo, depende das condições de sua realização, dos fins a que se destina, de quem se apropria do produto do trabalho e do conhecimento que se gera”. Nas sociedades capitalistas que se mantêm e se reproduzem pela apropriação privada da força de trabalho e dos meios de produção pelo capital, e que transformam o produto do trabalho de valor de uso em valor de troca, os trabalhadores são expropriados da riqueza social, assim como seus saberes são reduzidos ao mínimo necessário em benefício dos interesses dominantes.

No Brasil, o debate travado na década de 1980, com as contradições e os interesses conflitantes em jogo que daí emergem sobre a possibilidade de superação da dualidade entre cultura geral e cultura técnica, mais a experiência cubana de formação profissional em saúde, introduziu na história da educação brasileira, e particularmente no setor saúde, o conceito de politecnia.

Trabalho, educação e saúde articulam-se, assim, no bojo dessa intensa discussão que ocorre nos marcos do processo de redemocratização da sociedade brasileira e do processo constituinte, dando origem às duas matrizes de formação profissional em saúde no interior do setor público. O intenso processo de municipalização dos serviços de saúde, a criação do Suds, em 1987, e a aprovação do SUS, em 1988, na carta constitucional, apresentam para as forças políticas reunidas em torno da reforma sanitária novos desafios no que diz respeito ao perfil do trabalhador necessário para viabilizar a premissa, estabelecida constitucionalmente, de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, baseada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

A primeira matriz organiza-se em torno da proposta de educação politécnica no interior da Fiocruz, a partir de 1988, com atuação voltada para a formação de novos quadros para o campo de ciência e tecnologia em saúde e para o nascente sistema único de saúde (SUS). Com base na combinação estudo e trabalho, propõe-se a integrar a formação geral com a formação técnica no ensino médio, organizando-se de modo a garantir uma carga horária equivalente para todas as disciplinas durante os três anos do curso, sem privilegiar aquelas mais diretamente vinculadas à formação técnica, tal qual preconizava a então lei n.

5.692/1971 – nesse sentido, rompendo com a orientação dessa lei. A ideia central era garantir os fundamentos científico-tecnológicos do processo de trabalho em saúde e buscar explicitar a relação entre trabalho, ciência e cultura. No último ano, além do estágio curricular, os alunos apresentam uma monografia de final de curso com o objetivo de desenvolver a iniciação científica no ensino médio (Lima, 1998; Pereira e Ramos, 2006).

A segunda matriz, tributária da experiência do PPREPS, organiza-se em torno da estratégia de integração ensino-serviço, originando o ‘Projeto Larga Escala’, responsável pela institucionalização da formação profissional em saúde no âmbito das secretarias estaduais de saúde, a partir de 1982. Com atuação dirigida fundamentalmente para a qualificação do grande contingente de trabalhadores sem formação profissional no interior dos serviços de saúde, em articulação com o ensino supletivo, torna-se progressivamente a principal estratégia nessa área.

De fato, a constituição e organização do ‘Larga Escala’¹⁴⁴ está imbricada com o profundo processo de reformas do setor saúde já esboçadas. Por sua vez, a questão da normatização da formação dos trabalhadores técnicos de saúde, que até então era uma competência exclusiva do MEC, desloca-se para o campo da cooperação interinstitucional entre MS, MEC, Opas e MPAS, no sentido de estabelecer diretrizes e regulações principalmente para a formação dos trabalhadores adultos engajados na força de trabalho em saúde e sem qualificação profissional, assim como para a elaboração de metodologia pedagógica a ser desenvolvida nos estados, por via supletiva. É a partir da expectativa de formação em massa desses trabalhadores para fazer frente à expansão da cobertura dos serviços de saúde que se elabora a proposta do ‘Larga Escala’ (Brasil, 1982), inicialmente na perspectiva de ampliação do modelo PIASS por meio do Prev-Saúde, que, como vimos, no contexto da luta ideológica em torno dos grandes modelos de organização do setor no país, no

¹⁴⁴ Não é intenção aqui aprofundar todos os aspectos que envolvem a construção e a operacionalização da proposta já realizada por diversos estudos, mas principalmente destacar algumas diferenças entre as duas matrizes. Para maior aprofundamento, indicamos os trabalhos de Pires-Alves e Paiva (2006), Castro (2008) e Pereira e Ramos (2006). Consultar também Pereira, I.B. Políticas de Saúde e Formação do Trabalhador. In: EPSJV (Org.) Texto de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 117-142; Pereira, I.B. A Formação Profissional em Serviço no Cenário do Sistema Único de Saúde. Tese de Doutorado, São Paulo: PUC-SP, 2002; Castro *et al.* Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo. Natal-RN: Observatório RH NESC/UFRN. 2002. Os textos que embasaram a formulação e a operacionalização do Projeto Larga Escala podem ser encontrados na publicação organizada por Santana, J. P. e Castro, J. L. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde. CADRHU. Natal: EDUFRN, 1999. Entre eles, os de Aline M. A. Souza *et al.*: Processo educativo nos serviços de saúde (p. 245-260); Juan E. D. Bordenave: Alguns fatores pedagógicos (p. 261-268); Maria C. Davini: Do processo de aprender ao de ensinar (p. 270-275); Silvia Brusilovscky: Treinamento mental: um método para um enfoque da educação de adultos (p. 277-280); e Maria C. Davini: Currículo integrado (p. 281-289).

início da década, acabou sendo abortado como resposta às pressões da *burguesia empresarial nacional*.

Logo em seguida, com o abandono do Prev-Saúde, o Conasp propõe as AIS, em 1983, que são impulsionadas principalmente a partir da gestão de Hésio Cordeiro no Inamps (1985-1988), com sua proposta de organização dos Suds, passando nesse período de 112 para 2.800 municípios envolvidos, segundo Buss (1988, *apud* Pires-Alves e Paiva, 2006). A partir desse momento, amplia-se a oferta de serviços básicos de saúde por parte dos municípios, uma vez institucionalizada sua exclusividade na gestão local da saúde e na provisão de serviços à população nos limites do seu território.

Finalmente, com a aprovação da nova Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, em 1986 (lei n. 7.498, de 25/6/1986), o Cofen determina a proibição de contratação de atendentes de enfermagem pelos serviços públicos e privados de saúde, estabelecendo o ano de 1996 como prazo para que só exercessem a enfermagem os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Portanto, a extensão de cobertura – ou mais especificamente o crescente processo de municipalização, que implicava, entre outros aspectos, a incorporação de trabalhadores de nível médio e elementar – e o grande contingente de atendentes de enfermagem no mercado de trabalho setorial são os determinantes imediatos para a operacionalização do ‘Projeto Larga Escala’. Progressivamente, ele vai se configurando como uma alternativa política para resolver o problema de 300 mil trabalhadores empregados sem qualificação profissional específica, que representavam aproximadamente 50% da força de trabalho em saúde naquele momento, tanto na administração (gerência de material, de pessoal e de finanças) como na assistência (enfermagem, nutrição, odontologia, laboratório, fisioterapia e vigilância sanitária e meio ambiente) (Santos e Souza, 1989).

Segundo Izabel dos Santos (2006, p.25), em entrevista concedida no âmbito do Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde, essa proposta não foi desenhada segundo a ideia original da Opas de formação de auxiliares com perfil polivalente. “[Eu] ignorei a Opas em termos de proposição técnica, nunca dei bola para os documentos que vinham de [Washington] e comecei a criar os nossos processos locais, conceituais”. Para ela, esse tipo de formação não tinha sentido. “No Brasil não tem. No Brasil já havia uma diferença, havia uma especialização, gente para laboratório, gente para saneamento. Aí falei: isso não interessa para nós. Eu não tenho esse politécnico aqui. [Por isso] nunca dei bola para isso”.

Quando começou isso [as discussões em torno da atenção primária à saúde], os países começaram a pensar em formação de pessoal de nível médio. Aí é que veio a idéia de fazer um curso que fosse polivalente, que [o trabalhador] pudesse [atuar] tanto na área de cuidado às pessoas, como do meio ambiente, como no desenvolvimento de comunidade. Eu nunca acreditei nisso, aí eu falei: “não acredito que essa proposta seja séria. O cara menos escolarizado ter que dar conta de todo um fracasso (...), tem limites”. (Santos, 2006, p.26)

De fato, a proposta de formação de perfil polivalente não foi apresentada na 8ª CNS e na 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS), em 1986. Aos poucos e com dificuldades, entre 1982 e 1984, o ‘Larga Escala’ foi sendo implementado em quatro estados – Piauí, Rio Grande do Norte, Alagoas e Minas Gerais – e, na gestão Hésio Cordeiro, nos estados do Maranhão, Pernambuco, Bahia, Goiás, Rio de Janeiro e São Paulo, com a transformação das escolas de enfermagem do Inamps em Centros Formadores de Pessoal de Nível Médio (Cefor) (Pires-Alves e Paiva, 2006).

Em 1985, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), por meio da resolução n. 15, de 14 de novembro, aprova o ‘Larga Escala’ como estratégia prioritária na preparação dos recursos humanos, no âmbito das AIS. Em 1986, a resolução Inamps n. 118, de 7 de abril, regulamenta a formação de pessoal de nível médio dentro da sistemática do projeto.¹⁴⁵ Nesse mesmo ano, a 1ª CNRHS, realizada de 13 a 17 de novembro, em Brasília, também aprova o projeto como a estratégia para a formação de pessoal de nível médio e elementar já engajado na força de trabalho em saúde. Possivelmente, essas articulações políticas contribuíram para aprovar na Constituição de 1988 o artigo 200, inciso III, que reserva ao SUS a competência de ordenação dos recursos humanos para o setor.

Durante a sistematização da proposta, a equipe técnica do Acordo de Recursos Humanos MEC/MS/MPAS/Opas fez um diagnóstico dos problemas da formação profissional dos trabalhadores de nível médio e elementar. Com relação aos profissionais de nível médio, o maior problema, segundo a equipe, encontrava-se no âmbito da oferta, conforme indicado a seguir:

[Os] estudos educacionais e a experiência das instituições de serviços vêm demonstrando que o ensino regular profissionalizante de segundo grau, universalizado pela Lei nº 5.692/71, tem proporcionado, na maioria das vezes, qualificação insatisfatória em face das competências exigidas de tais categorias para a assistência à saúde. A inadequação decorre de uma série de dificuldades encontradas na aplicação daquela lei, consideradas insuperáveis por alguns educadores. De um lado, verifica-se uma persistente desarticulação entre as unidades de formação e as de prestação de serviço, que é mais crítica no caso das profissões de saúde, em

¹⁴⁵ Tanto a resolução Ciplan como a resolução Inamps estão anexadas ao documento Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio (Brasil/MPAS-Inamps, 1987).

que as instituições do setor relutam em admitir menores como treinandos, num trabalho que envolve, direta ou indiretamente, vidas humanas, e, por isso mesmo, requer grande responsabilidade pessoal e civil. Por outra parte, muitas escolas tem enfrentado inúmeros obstáculos na adoção de algumas habilitações mais agudamente exigidas pelas instituições de serviço, em razão da magnitude dos investimentos em recursos físicos, de escassez de pessoal docente qualificado e da multiplicidade de experiências práticas necessárias à integralização do currículo. Finalmente, inexistente uma opção pelo efetivo engajamento no mercado de trabalho por parte dos egressos desses cursos regulares, pois a maioria aspira a ingressar imediatamente no ensino de terceiro grau. (Brasil-MS, 1982, p. 18)

Quanto aos trabalhadores de nível elementar, particularmente o numeroso contingente de atendentes das unidades sanitária e hospitalar, o problema se relacionava com o próprio processo de qualificação.

Esses cursos de ‘qualificação de mão-de-obra’ são ministrados muitas vezes pelas instituições de serviço, num período prévio ou posterior à admissão ao trabalho. Geralmente, conformam-se às necessidades e objetivos de cada uma das entidades promotoras e, por este motivo, revestem-se de características extremamente variáveis no que se relaciona a carga horária, conteúdo curricular, metodologia de ensino, corpo docente, relação entre parte teórica e prática, etc. (...) Para não causar prejuízos aos treinandos e aos próprios serviços, seria indispensável contar com padrões mínimos generalizados em todo o país, pressupondo um certo grau de regulamentação, o que ainda não existe. Mais grave ainda é o fato desses cursos, por não estarem regulamentados, emitirem certificados que têm validade restrita ao âmbito de cada instituição e não habilitarem para o prosseguimento de estudos em níveis mais elevados. Essa carência de legitimidade dificulta a promoção profissional dessas categorias de nível elementar e impede sua mobilidade entre as várias instituições do setor, criando compartimentos estanques em seu potencial mercado de trabalho. (Brasil-MS, 1982, p. 19)

Esse diagnóstico, em primeiro lugar, critica o caráter pseudoprofissionalizante do ensino regular de segundo grau e a desarticulação ensino-serviço como as principais causas da baixa oferta e da inadequação do sistema educacional. Isso tem a ver com o que Luís Antonio Cunha (1977, 1980, *apud* Malhão *et al.*, 1987) caracterizava, na época, como as funções manifesta – formar técnicos – e não-manifesta – formar para o ensino superior – desse grau de ensino, configurando com isso um novo dualismo educacional. A política educacional, ao atribuir a profissionalização compulsória nesse grau de ensino, exerceu, ao mesmo tempo, uma função contenedora de acesso ao ensino superior, principalmente dos alunos de escolas públicas, e uma função propedêutica, na medida em que as escolas particulares ajustaram seus currículos para continuar atendendo aos interesses dos segmentos médios que almejavam o diploma da graduação como forma de ascensão e/ou manutenção do *status* social, em tempos de ‘modernização conservadora’. Ao mesmo tempo, aponta e critica a natureza utilitarista dos cursos organizados pelos serviços de saúde na forma de treinamentos marcadamente instrumentais que atendem apenas aos fins imediatistas destes.

Para superar essa situação, a equipe propõe a organização de um ‘centro de formação multiprofissional’ ou ‘centros formadores’ específicos da área de saúde para qualificar e habilitar, por via supletiva, os trabalhadores de nível médio e elementar engajados na força de trabalho ou em processo de admissão, com base na estratégia de integração ensino-serviço e na descentralização dos cursos para os diversos municípios brasileiros.

A opção pela via supletiva, assegurada pelo parecer n. 699/1972 e mais tarde pelo parecer CFE n. 170/1983, é eleita por sua flexibilidade em termos de carga horária, tempo de formação, corpo docente etc., “dirigido a indivíduos (...) que realmente optaram pelo engajamento nesse setor de mercado de trabalho” (Brasil-MS, 1982, p.19) e considerando que estes, como diz Castro (2008), tinham dificuldades de frequentar a escola todos os dias. Essa opção, aliada com a estratégia de integração ensino-serviço e a descentralização dos cursos, permitia ao mesmo tempo a profissionalização da força de trabalho e a permanência dos trabalhadores nos serviços sem descontinuidade da assistência. Tal foi a lógica de construção da proposta do ‘Larga Escala’, intimamente vinculada com a experiência dos alunos nos locais de trabalho como o elemento principal na determinação do conteúdo ensino-aprendizagem.

Para Isabel dos Santos (2006, p.27), as estratégias não podiam ser excludentes e tinham que apoiar o processo de formação em massa e com qualidade.

Eu achava que tinha que ter uma escola que não excluísse ninguém, porque o setor saúde (...) não podia fazer desemprego em massa. Então você tinha que ter uma escola que trabalhasse a pessoa empregada, [e para isso] ela tem que descentralizar os processos de formação para junto do trabalhador.

No seu entendimento, um dos maiores problemas da educação profissional para aquele que já está empregado é que “não pode sair do trabalho e nem o trabalho pode abrir mão dele”. Dessa forma, vai aproveitar ao máximo a flexibilidade então concedida pelo supletivo profissionalizante, que permitia fazer a educação profissional sem o trabalhador ter a escolaridade completa, mas prevendo uma articulação com as secretarias estaduais de educação via cursos supletivos do ensino fundamental e médio.

Aliada à flexibilidade, a outra preocupação era a inclusão e a autonomia dos trabalhadores, principalmente dos atendentes de enfermagem. A necessidade de inclusão derivava, segundo Santos e Souza (1989), do fato desses trabalhadores fazerem parte da grande parcela da população marginalizada do sistema formal de educação e que conseguiram

emprego no setor. Nesse sentido, era necessário reconhecer e legitimar o processo de profissionalização técnica, pois “no plano social estes trabalhadores não possuem identidade de categoria profissional, dificultando sua organização em entidades de classe, enquanto no plano institucional a sua inserção nos planos de cargos e carreiras é precária” (Santos e Souza, 1989, p. 61).

Quanto à autonomia, a equipe técnica do Acordo MEC/MS/MPAS/Opas partem da consideração de que sendo o trabalho em saúde um trabalho coletivo, as categorias de níveis médio e elementar não participam apenas na qualidade de executores de tarefas de caráter manual, indicadas por profissionais de nível superior, notadamente médico e enfermeiro.

Com efeito, assumem, adicionalmente, certo grau de autonomia, expresso pela realização de atos que exigem capacidade de observação, juízo e decisão, em face dos problemas de saúde de maior prevalência e resolúveis por meios simples. Neste sentido, não se comportam como meros auxiliares, dotados de papel acessório, como ocorre na tradicional divisão do trabalho de tipo hospitalar, pois gozam de uma autonomia de intervenção que é tanto maior quanto menos complexa for a unidade de saúde, ainda que suas atividades requeiram supervisão por parte de profissionais de formação universitária. Este é um fator relevante para o aumento da produtividade social dos recursos investidos na extensão de cobertura, contribuindo para a elevação do poder resolutivo dos serviços e fazendo-os alcançar locais que, por suas características econômico-sociais, não comportem a presença em caráter permanente de médicos e outras categorias de nível superior. (Brasil-MS, 1982, p. 7)

A partir dessas referências, foi se constituindo a infra-estrutura permanente de apoio concomitante com a construção do projeto político-pedagógico. A infra-estrutura abrange a estruturação do Centro Formador/Escola Técnica de Saúde em cada estado, reconhecido pelo sistema de ensino, a formação de instrutores e supervisores e a elaboração de material pedagógico. O projeto político-pedagógico se expressa na construção do currículo integrado e na metodologia da problematização, tendo como ponto de partida do processo ensino-aprendizagem a experiência e a vivência dos trabalhadores no processo de trabalho.

De início, a opção para não denominar de ‘Escola’ era para se diferenciar das escolas de educação geral, que não tinham nenhuma ligação com os serviços de saúde. Além disso, do ponto de vista político, a denominação ‘Escola Técnica’ criava resistência nos secretários de saúde em razão dos custos de sua criação e manutenção. “[Eles] acham que é muito caro, e é caro mesmo... Então, o que nós fizemos? Nós tiramos a educação geral para tentar baratear os custos [e fomos] cada vez mais forçando os gestores a fazer o orçamento para arcar com as despesas da formação técnica” (Santos, 2006, p.33).

A ideia era que as secretarias estaduais de saúde destinassem verbas orçamentárias específicas para a formação profissional dos seus trabalhadores técnicos e assumissem a

responsabilidade financeira pela formação do pessoal leigo, uma vez que os gestores eram responsáveis também pela diminuição dos riscos da atenção à saúde para a população. “Se não tiver um financiamento específico e uma compreensão de que você tem que deslocar os processos de educação para dentro do trabalho, você não consegue superar essa questão [da profissionalização]” (Santos, 2006, p.33).

Esta autora diz, porém, que a denominação ‘Centro Formador’ não foi a melhor opção, pois “os gestores confundiam como centro de treinamento e não como escola. (...) Então, a gente começou a trabalhar a idéia de chamar escola técnica”. Ela relata, no entanto, que sempre defendeu – mas nunca viu vitoriosa – a proposta de que as escolas técnicas de maneira geral, e de saúde em particular, não fossem ligadas ao MEC, pois é o setor saúde que detêm a tecnologia e pode dar o rumo da formação. As escolas vinculadas ao MEC devem ser aquelas da educação geral, em que o indivíduo é preparado para a cidadania, aprende a pensar, a escrever, a se comunicar, “aprende a cultivar o belo, a arte, (...) a história da humanidade, onde o homem viveu, porque viveu (...). Agora cá não!”. A educação profissional em saúde “é tecnológica”, trabalha com “outra lógica”, o aluno tem “que saber como enfrentar um problema, qual é o processo tecnológico, tem que aprender epidemiologia” (Santos, 2006).

Nesse ponto de vista, para a entrevistada, a forma como se estruturou a Escola Politécnica de Saúde na Fiocruz foi pedagogicamente “convencional”, pois incluiu a formação geral como as “escolas ligadas ao MEC”. Por “não convencional”, ela entende aquela escola que não perde nenhum trabalhador, inclui todos e descentraliza a formação juntamente com os municípios, aproveitando a capacidade instalada nos serviços de saúde, assim como os enfermeiros e outros profissionais dos serviços como instrutores e supervisores. É uma escola aberta, também denominada escola-função, e exclusivamente profissionalizante.

Em vez de ser uma escola endereço, passa a ser uma escola função. Isso quer dizer que ao invés do aluno ir todos os dias para a escola em horários programados, a escola é quem vai ao aluno no seu ambiente de trabalho. O docente, em vez de ser um cargo, passa a ser uma função. Nessa concepção de escola é que se baseia toda a descentralização dos cursos e a busca para atender às necessidades do cliente trabalhador e do cliente gestor dos municípios mais distantes. (Castro *et al.*, 2002, *apud* Castro, 2008, p. 170)

Portanto, a primeira diferença entre ambas as matrizes é quanto à forma de organização escolar. Isabel dos Santos não percebeu, na época, que a forma como se organizou a Escola Politécnica tinha um conteúdo diferenciado em relação ao das “escolas

ligadas ao MEC” e que não se tratava de uma proposta de formação polivalente, mas de formação politécnica. Ela estava envolvida sobretudo na discussão em torno da reforma do sistema de saúde brasileiro, das alternativas para a profissionalização de um grande contingente de trabalhadores, inclusive as emanadas pela Opas de perfil polivalente, e na tarefa de convencimento dos gestores de saúde, de educação e dos profissionais de saúde acerca da necessidade de profissionalização. Além disso, estava na briga pela redemocratização da ABEn, compondo a chapa do Movimento Participação, em 1984, como segunda tesoureira (Albuquerque e Pires, 2001), e organizou a 1ª CNRHS, em 1986, da qual fez parte da comissão de coordenação.

Enfim, Izabel dos Santos não acompanhou e não poderia ter acompanhado as discussões então travadas no âmbito educacional em torno da natureza do ensino de segundo grau na nossa sociedade e da diferença entre polivalência e politécnia. O seu foco e a sua preocupação central eram os trabalhadores sem qualificação profissional, na maioria adultos, que já trabalhavam nos serviços de saúde, e não a formação de novos quadros profissionais. Era para esse conjunto de trabalhadores que tinha que se encontrar uma alternativa possível, num contexto histórico marcado de um lado pela exclusão social e, de outro, por práticas institucionais ditadas por interesses políticos eleitoreiros e/ou clientelísticos que ocupavam os cargos de nível médio com pessoal sem formação. Daí que, para ela, a Escola Politécnica de Saúde só poderia ser mesmo “convencional”, sem perceber que o conteúdo da formação geral integrada à formação técnica não era da mesma natureza do conjunto de escolas públicas que desenvolvia e ainda desenvolve a educação profissional em saúde. Além disso, Izabel dos Santos não se deu conta, no calor dos debates, de que não eram e não são alternativas necessariamente excludentes, como vimos em Cuba, o que não permitiu diferenciar entre o conjuntural e o estrutural. Na verdade, o componente estrutural para ela, naquele momento, era a criação das escolas técnicas de saúde exclusivamente profissionalizantes, como unidades orçamentária e financeira das secretarias de saúde, e não a luta por uma profunda reformulação do próprio ensino médio.

De todo modo, no final dos anos 1980, abriu-se a possibilidade de encaminhar a discussão a respeito da dimensão estrutural no sentido da integração entre ensino médio e formação técnica, com a perspectiva de criação das escolas técnicas de saúde no âmbito do setor público nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), com financiamento do Programa de Expansão e Melhoria do Ensino Técnico (Protec). O Ministério da Educação,

com o apoio da equipe técnica do acordo MEC/MS/MPAS/Opas, instituiu em 1989, no âmbito da Secretaria de Ensino de segundo grau, um Grupo Técnico de Saúde para criar, nas estruturas organizacionais das Escolas Técnicas Federais (ETF) e Centros Federais de Educação Tecnológica (Cefet), as Unidades Descentralizadas para o Ensino Técnico de Saúde.

A concepção de escola se pautava pela “reflexão sobre o trabalho como princípio educativo e de criatividade, não se limitando ao exercício da mera reprodução de técnicas, mas proporcionando meios para estimular inovações”, propondo a formação de “cidadãos empreendedores, capazes de gerar novas tecnologias [e] promover o desenvolvimento” (Brasil-MEC, 1989, p.18). As escolas a serem criadas se caracterizavam pela multiprofissionalidade, por se mostrarem flexíveis (para atender alunos nas modalidades regular e supletiva, ou seja, formar novos quadros e trabalhadores já engajados), abrangentes (oferecendo tanto educação geral como formação profissional), extensivas quanto à cobertura (com cursos descentralizados) e experimentais (desenvolvendo pesquisas nas áreas de metodologias, currículos, materiais didáticos e capacitação docente). Na época, o ministro da educação era Carlos Sant’Anna (16/1/1989 a 14/3/1990), que tinha sido ministro da saúde (15/3/1985 a 13/2/1986) na mesma gestão do Governo Sarney. O Protec previa o financiamento e o apoio técnico para a criação de Escolas Técnicas Federais de Saúde, para a criação e/ou adequação de Escolas Técnicas Estaduais ou Municipais de Saúde, e somente apoio técnico-pedagógico para a implantação e adaptação de Escolas Técnicas Privadas.

Entretanto, essa iniciativa não se realizou na conjuntura dos anos 1990, após a eleição de Fernando Collor de Melo. Por sua vez, a justificativa apresentada no documento do MEC para a criação dessas escolas revela a grande dificuldade do ‘Larga Escala’ em criar no âmbito das secretarias estaduais/municipais de saúde tanto ‘centros formadores’ (Cefor) quanto ‘escolas técnicas de saúde’ (ETSUS), com independência administrativa e financeira.

No desenvolvimento desse Projeto, surgiram situações que impediram que o andamento das atividades alcançasse a repercussão que se pretendia. Quando o Centro Formador funcionava nas instalações físicas de uma unidade de prestação de serviços, tão logo surgia a necessidade de espaço, a área do Centro Formador era ocupada e seus trabalhos interrompidos. O mesmo fato repetia-se quando o Centro Formador estava localizado nas dependências administrativas do sistema de saúde. (Brasil-MEC, 1989, p. 8-9)

Na maioria das vezes, essas escolas funcionaram e ainda funcionam como uma extensão do setor de desenvolvimento de recursos humanos, sem identidade própria, sem

quadro próprio de pessoal, com uma equipe mínima para coordenar os cursos descentralizados e com poucos recursos materiais para o desenvolvimento dos trabalhos. Em outras palavras, mesmo a criação de uma escola técnica exclusivamente profissionalizante vinculada às secretarias de saúde encontrou e ainda encontra resistências políticas no interior do setor saúde. Entre os obstáculos, podem-se enumerar as objeções quanto ao papel formador dos serviços de saúde e a vulnerabilidade das equipes locais de supervisão às injunções políticas locais que criavam dificuldades para mudanças mais consistentes nas práticas e nos serviços (Pires-Alves e Paiva, 2006). Agregue-se a isso o fato de que o setor privado de ensino também disputa e, se possível, impede a abertura dessas escolas, conforme indicado no relatório final da 1ª CNRHS, onde se lê que “a lógica privatizante do setor educacional tem bloqueado, em alguns estados, a consolidação de centros formadores de RH criados pelo setor saúde a partir de sua necessidade e realidade” (Brasil-MS, 1986, p. 23).

Além disso, o esgotamento de recursos para a expansão da rede de serviços básicos, assim como para o suprimento material e de pessoal da rede instalada em face da crise econômica dos anos 1980, a escassez de pessoal docente qualificado e a inexistência de material didático específico se constituíram em importantes obstáculos para o avanço da proposta. Não é por acaso que Santos e Souza (1989) afirmam que, além da infra-estrutura de apoio, a decisão política de organizar os serviços de saúde a partir da concepção de processo de trabalho coletivo baseado na integralidade, equidade, universalidade e resolutividade, mais a garantia do processo de supervisão, era fundamental para assegurar as condições concretas para o desenvolvimento do processo metodológico baseado na integração ensino-serviço.

A orientação geral do projeto político-pedagógico se delineia desde o início a partir de uma concepção curricular e de pressupostos didático-pedagógicos, visando ao papel formativo do indivíduo, “propiciando-lhe um desenvolvimento de suas potencialidades como cidadão e profissional, com autonomia de pensamento e uma prática crítica e criativa” (Brasil, 1982, p.12). Ao contrário de um currículo organizado por disciplinas, considerado rígido e fragmentado, a orientação é que os conteúdos devem ser selecionados e organizados flexivelmente, tendo como referência os princípios de objetividade, relevância e adequação aos serviços. Isto é: os conteúdos teóricos e práticos são organizados em torno de um eixo temático comum, de modo a compor múltiplas unidades didáticas que em conjunto reproduzem os mínimos curriculares de cada habilitação profissional, devendo ser executados privilegiando o desenvolvimento de experiências de ensino/aprendizagem condicionadas pela

dinâmica dos serviços de saúde. Dessa forma, se prevê uma influência mútua entre a atividade didática e a prestação de serviços, que leve ao aperfeiçoamento da primeira e a uma maior pertinência da segunda.

Essa forma de organização é que vai dar origem ao currículo integrado com a intenção de permitir “a interação entre sujeito e objeto a partir do seu referencial de percepção da realidade, sem negar seus conhecimentos de senso comum e sua experiência de vida, para construir novos conhecimentos mais elaborados e específicos (...)” (Santos e Souza, 1989, p.64). Nesse documento, as autoras sinalizam que a construção da proposta pedagógica tem como pressuposto que não há neutralidade do conhecimento e que o processo educacional tem um “papel de mediação dos processos de aprendizagem com a realidade concreta na dinâmica da sociedade brasileira”. Ou seja, indicam que o processo de formação não se esgota na dimensão técnica, mas deve ser visto “na sua totalidade e na articulação de suas dimensões: política, metodológica e de conteúdo” (Santos e Souza, 1989, p. 63-64).

Então eu começo a levar as pessoas a pensar outras situações que podem ter variáveis diferentes dependendo do emprego, da estrutura econômica dali. Se estou numa área industrial ou numa área agrícola, o que vai pesar mais? Aí eu estudo o trabalho em geral, estudo o deslocamento de uma mãe de família para o trabalho, o que acontece na casa, com os filhos... Então, você não tem limite. Você pode discutir a totalidade de uma forma fácil para a pessoa entender. (...) Porque eu vou mostrando a vida como ela é. Por exemplo, as meninas, quando estavam discutindo do que vive a população, (...) elas saíram olhando na [localidade] o que tinha: foram no comércio [e em outros lugares], e trouxeram uma porção de propostas. Numa dessas visitas, elas viram essas pessoas que costuravam para uma fábrica (...) e que o preço que a loja pagava pela calça era irrisório. E ela viu na loja a calça sendo vendida por [outro preço]. Ela disse: “quer dizer então que nós somos exploradas?” Se deram conta naquela hora. Eu nem falei em mais-valia, não falei nada. E elas se deram conta de que havia um processo de exploração e que a maneira das pessoas resolverem isso é se organizar. Você politiza sem fazer doutrinação, em cima de como resolver aquela questão. Quando a gente começou a fazer o currículo integrado elas começaram a fazer greve. Porque elas não faziam greve! (...) Uma rebeldia! O pessoal falou para mim: “não quero não! Você é comunista!” (Santos, 2006, p.42)

Nesse ponto de vista, como diz Castro (2008), a adoção da metodologia da problematização pelo ‘Larga Escala’, antes de uma decisão técnica, foi uma posição política, no sentido de superar a alienação do trabalhador em relação às práticas de saúde e à realidade social, sob a inspiração da proposta pedagógica desenvolvida pelo educador Paulo Freire.¹⁴⁶

¹⁴⁶ O ‘Larga Escala’ contou com um grupo de consultores, entre eles Hortênsia de Hollanda. Mestre em Educação e Saúde Pública pela Universidade da Califórnia, em Berkeley, trabalhou na Divisão de Educação Sanitária da Fundação Sesp, no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) do Ministério da Saúde e, de 1970 a 1977, foi diretora da Divisão Nacional de Educação Sanitária. Para atender à introdução da disciplina Programas de Saúde no então primeiro grau de ensino, como determinava a lei n. 5.692/1971, coordenou o projeto Elaboração e Experimentação de Novos Materiais para o Ensino de Saúde (convênio MS/DNES – MEC/Premen), que deu origem ao livro *Saúde como Compreensão de Vida*, para alunos da 5ª a 8ª séries, fruto de um trabalho de construção de texto com a participação dos professores e comunidades envolvidas. Entre seus colaboradores está Joaquim Alberto Cardoso de Mello. Influenciada pelas idéias de Jean Piaget, que

Saviani (2008) classifica a pedagogia de Freire dentro das concepções críticas de educação, diferentemente da pedagogia tradicional, da pedagogia nova (escolanovismo), do tecnicismo e atualmente da pedagogia das competências, que define como não-críticas.¹⁴⁷ Reconhece o caráter inovador e a importância social, política e pedagógica de Freire na história da educação brasileira, que no âmbito do escolanovismo se empenhou em colocar os avanços pedagógicos preconizados pelos movimentos progressistas a serviço da educação dos trabalhadores, e não apenas de reduzidos grupos de elite.

Esse ressalta que nos escritos de Freire há uma clara concepção de homem, sociedade e educação.

Seu ponto de partida é o entendimento do homem com um ser de relações que se afirma como sujeito de sua existência construída historicamente em comunhão com os outros homens, o que o define como um ser dialogal e crítico. Mas essa “vocação ontológica de ser sujeito” esbarra numa realidade social que a contradiz, já que às forças dominantes interessa manter a maioria dos homens em situação de alienação e dominação. (Saviani, 2008, p. 335)

A educação, para Freire, era um instrumento fundamental para promover a passagem da consciência popular do nível transitivo-ingênuo para o nível transitivo-crítico, evitando-se a sua queda na consciência fanática. Tendo em vista esse objetivo, criou um método de alfabetização ativo, dialogal, crítico e criticizador. Porém, para Saviani, esse método é um aspecto de uma proposta pedagógica mais ampla enraizada na tradição mais autêntica do existencialismo cristão, em diálogo com algumas contribuições do marxismo, conforme expõe em sua obra mais importante, a *Pedagogia do Oprimido*. Nesta obra, Freire contrapõe a concepção ‘bancária’ à concepção ‘problematizadora’ e apresenta a pedagogia do oprimido como uma pedagogia dialógica.

também está na base da proposta metodológica do “Larga Escala”, seu livro é considerado uma iniciativa inédita na área de Educação em Saúde, e o seu trabalho chegou mesmo a ser comparado ao de Paulo Freire. Enquanto este desenvolvia uma forma inovadora de alfabetizar para a vida por meio das palavras, Hortênsia construía com as populações de áreas endêmicas um saber para a vida através da leitura do corpo, conduzindo à compreensão das relações entre a saúde e o ambiente. Ver Maria Cecília P. Diniz et al. Hortênsia de Hollanda: a arte da educação em saúde para prevenção e controle das endemias no Brasil. Hist. cienc. saúde-Manguinhos. vol.16 n.2. Rio de Janeiro, Abr./Jun. 2009; Virgínia Schall. Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(Sup.2):149-159, 1999; Brasil. MEC. Saúde como compreensão de vida. Rio de Janeiro: MEC/SEPS/PREMEN/FENAME, 1981. Izabel dos Santos (2006) mostra limites para a metodologia da problematização organizada por Hortênsia, na medida em que desconstruía mas não reconstruía os conhecimentos imediatamente, pois não estava preocupada com a “formação tecnológica”.

¹⁴⁷ As teorias críticas, segundo Ramos (2008b, p.5), são aquelas que compreendem “a educação como uma mediação ético-política da formação humana que possibilita a compreensão da realidade e potencializa a ação dos trabalhadores para superar a exploração e a alienação, transformando-a em benefício da emancipação humana”, enquanto as não-críticas são “as teorias que tomam a realidade como um dado natural e estável, em relação à qual o ser humano elabora uma representação que o ajuda a adaptar-se a ela”. Saviani discute as teorias críticas e não-críticas em seu livro *Escola e Democracia*, no qual também sistematiza pela primeira vez a sua pedagogia histórico-crítica (capítulos 3 e 4), que Ramos identifica como sendo o conteúdo teórico-metodológico da concepção politécnica e ‘omnilateral’ de educação.

Entretanto, para Saviani, o fato de se utilizar das contribuições do marxismo não significa que Freire tenha aderido ao marxismo ou, mesmo, tenha incorporado em sua visão teórica de análise da questão pedagógica a perspectiva do marxismo. A concepção de fundo que preside a elaboração da sua pedagogia, desde a publicação de *Educação como Prática de Liberdade*, é a filosofia personalista na versão política do solidarismo cristão, que está na origem da corrente denominada teologia da libertação. Para Freire, a condição para que o opressor se solidarize com os oprimidos é deixar de ter um gesto ingênuo e sentimental de caráter individual e passar a ter um gesto de amor para com eles – portanto, minimizando as determinações estruturais da dominação.

Nesse sentido, superar a alienação – obstáculo da libertação – seria possível por meio da conscientização tanto dos dominados quanto dos dominantes, convergindo-os ao bem comum, ‘em comunhão’. O conflito entre as classes sociais – insuperável, de acordo com o pensamento marxista, no plano exclusivo das consciências – é suprimido do pensamento de Freire, de tal modo que as mediações econômicas que Marx considera ser necessário superar para superar a alienação, quais sejam, a propriedade privada, a divisão social do trabalho e a mercadoria, nesse pensamento sequer se apresentam. (Ramos, 2008b, p. 33)

Nesse ponto de vista, apesar de a pedagogia freiriana contribuir significativamente para a formação crítica dos sujeitos, ela apresenta limites quanto à perspectiva da transformação das relações sociais capitalistas, diferindo assim da pedagogia histórico-crítica construída por Saviani. Tributária da concepção dialética do materialismo histórico, bem como da psicologia histórico-cultural de Vigotski, nessa pedagogia

a educação é entendida como o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens. Em outros termos, isso significa que a educação é entendida como mediação no seio da prática social global. A prática social põe-se, portanto, como o ponto de partida e o ponto de chegada da prática educativa. (Saviani, 2008, p. 422)

O método pedagógico decorre dessa concepção de educação. Ele parte da prática social na qual professor e aluno estão inseridos, mas em posições diferenciadas, considerada pelo autor a condição para que eles travem uma relação que visa à compreensão e ao encaminhamento da solução dos problemas postos pela prática social. Nesse processo se identifica as questões suscitadas pela prática social (problematização), deve-se dispor de instrumentos teóricos e práticos para a sua compreensão e solução (instrumentação) e para viabilizar sua incorporação como elementos integrantes da própria vida dos alunos (catarse).

Essa síntese sobre as diferenças dessas perspectivas críticas da educação foi mobilizada principalmente pela leitura do trabalho de Castro (2008, p.165), que supõe a partir do seu estudo que, por adotar a metodologia da problematização, a equipe do ‘Larga Escala’ “estava indo ao encontro das idéias de educadores como Bordenave (...), Freire (...) e Saviani (...), que defendem uma educação voltada para a liberdade democrática de pensar, decidir, agir, criar e ser”, sem explicitar a diferença entre ambas as teorias. A outra questão é que o método da problematização é utilizado tanto pelas teorias não-críticas como pelas críticas; o que difere é o sentido da problematização.

No escolanovismo e na pedagogia das competências [teorias não-críticas], esse vem a ser as situações cotidianas às quais eles [os alunos] precisam se adaptar, o que será feito desenvolvendo-se esquemas mentais de comparação, análise, interpretação e compreensão – as competências – mediante o pensamento reflexivo. Na pedagogia libertária, são também as situações cotidianas o objeto da problematização; porém, essas situações são consideradas como opressoras e libertar-se delas exige o desenvolvimento da consciência crítica. Por fim, na pedagogia histórico-crítica, o objeto da problematização é a prática social, e problematizá-la significa identificar os principais problemas que precisam ser enfrentados, buscando-se seus determinantes e suas contradições, para construir a emancipação humana. (Ramos, 2008b, p. 49)

Em recente pesquisa realizada com as ETSUS, Ramos (2008b) sinaliza que a orientação predominante do processo ensino-aprendizagem atualmente é o pragmatismo, referencial epistemológico que embasa tanto o escolanovismo como a pedagogia das competências. Para a autora, essa orientação nas escolas é permeada por uma série de contradições. Ao mesmo tempo que as concepções e práticas das ETSUS se filiam ao escolanovismo, tal orientação é atravessada pela intenção de formação crítica e política dos estudantes. Em segundo lugar, na mesma medida em que encontra perspectivas de formação em totalidade, de uma visão histórica dos processos e relações de trabalho e dos conhecimentos científicos, a autora detecta também que o significado e a seleção dos conteúdos são delimitados pelos desempenhos esperados no exercício das práticas profissionais.

Por último, essa autora percebe, de um lado, com base nas entrevistas, a valorização dos trabalhadores em saúde como sujeitos da transformação social, e de outro uma prática pedagógica que reconhece os seus saberes cotidianos, mas que ao mesmo tempo tende a considerar esses saberes como mais significativos do que os saberes formais, o que para ela é contraditório com o direito ao acesso da classe trabalhadora ao conhecimento científico e crítico, o que pode impedir seus integrantes de se tornarem dirigentes (Ramos, 2008b).

Em síntese, todo o processo aqui abordado, tanto na área da saúde como na da educação, é resultado da intensa mobilização da sociedade brasileira nos marcos do processo de redemocratização que ocorre nos anos 1980. No contexto de grave crise econômica e crise política do regime militar, as lutas populares conseguem imprimir uma agenda contra-hegemônica que avança sobre questões estruturais, especialmente nos temas da desigualdade social; da recusa do peso social das dívidas (externa e interna), denunciando a remessa de recursos para o exterior e sua não aplicação em políticas públicas nacionais; das expectativas e reivindicações pela efetiva universalização do acesso aos serviços essenciais (saúde e educação); da exigência de maior participação popular na formulação das políticas públicas, por exemplo.

Entretanto, as profundas mudanças que se verificam na década de 1990, no Brasil e no mundo, com o impacto do novo modo de acumulação do capital sob a hegemonia do capital financeiro e da nova base técnica de produção microeletrônica, frustram de modo geral as tentativas de se implantarem políticas de saúde e de educação na ótica do trabalho. Para Fiori (1992), essa frustração está associada não só ao agravamento da situação econômica no final dos anos 1980, mas também ao fato de as forças progressistas terem acreditado que a força das leis e das reformas administrativas fosse suficiente para ampliar a cidadania e comprometer o Estado com suas responsabilidades democráticas – em outras palavras, terem acreditado que o Estado liquidaria a longa dívida social das elites e do poder público com a maioria da população.

Ademais, por ser um contexto também marcado pelo refluxo dos movimentos sociais, o grau de adesão às perspectivas progressistas de uma reforma educacional pautada pelo ideário da politecnicidade e de um sistema de saúde público universal, integral, com equidade e resolutivo, perdeu o vigor e o entusiasmo que apresentava nos anos 1980. No campo educacional, a pedagogia histórico-crítica permaneceu atuante, “ainda que na forma de resistência” (Saviani, 2008, p. 424), mas perdeu muito espaço diante das reformas educativas neoconservadoras implementadas no governo Fernando Henrique Cardoso, particularmente com a emergência da pedagogia das competências.

No âmbito da saúde, houve um retrocesso importante no processo de operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa conjuntura, o movimento sanitário também se reconfigurou, daí surgindo tensões e conflitos que acompanharam o processo de municipalização dos serviços de saúde, o aprofundamento das identidades

partidárias, a crise econômica e a reconfiguração da relação público-privada nos anos 1990. No que diz respeito à formação profissional em saúde, o ‘Larga Escala’ dá lugar ao Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que amplia em escala o que o primeiro não alcançou e contribui para difundir a pedagogia das competências no interior do setor.

Essas questões serão tratadas no próximo capítulo, mas não sem antes se compreender a profunda reconfiguração que ocorre no capitalismo mundial com a emergência da doutrina neoliberal e de um novo modo de acumulação de capital capitaneado pela esfera financeira. Isso ajuda a entender a transformação da *burguesia empresarial nacional na área de saúde* em *burguesia de serviços de saúde*, e as novas propostas e tendências de formação profissional em saúde nos anos 1990 e início do século XXI.

4. A BURGUESIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE E OS NOVOS RUMOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS TRABALHADORES TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NO BRASIL, NO PERÍODO 1990-2009

4.1 A reconfiguração do capitalismo mundial e o ajuste neoliberal nas áreas da saúde e da educação

A ‘era de ouro’ ou os ‘trinta anos gloriosos’ do capitalismo que se inicia após a Segunda Guerra Mundial podem ser caracterizados como um período (1945-1975) no qual as várias formas de organização do Estado nos países capitalistas centrais assumiram o compromisso de assegurar um nível de emprego razoavelmente pleno, com crescimento econômico e bem-estar da população, configurando o que se tornou conhecido como o Estado de Bem-Estar ou *Welfare State* ou Estado-Providência, nas palavras de Oliveira (1998).

Como assinalado no capítulo anterior, é nesse contexto que se constitui um padrão de financiamento público da economia capitalista em que o fundo público, em suas diversas formas, passou a ser o pressuposto do financiamento tanto da acumulação de capital como da reprodução da força de trabalho. Diferentemente da fase do capitalismo concorrencial, para Oliveira (1998) o fundo público passou a funcionar como um *ex ante* das condições de reprodução de cada capital particular e das condições de vida, em lugar de seu caráter *ex post*, típico do momento anterior. Assim, daí em diante não só se tornaria pressuposto principal para a formação da taxa de lucro como passaria a ser um componente estrutural insubstituível da economia capitalista.

Entretanto, já no final dos anos 1960 esse padrão de financiamento público começou a dar sinais de esgotamento, uma vez que

[a] regulação keynesiana funcionou enquanto a reprodução do capital, os aumentos de produtividade, a elevação do salário real se circunscreveram aos limites – relativos, por certo – da territorialidade nacional dos processos de interação daqueles componentes da renda e do produto. (...) Ultrapassados certos limites, a internacionalização produtiva e financeira dissolveu relativamente a circularidade nacional dos processos de retroalimentação. Pois des-territorializam-se [*sic*] o investimento e a renda, mas o padrão de financiamento público do *Welfare State* não pôde (...) des-territorializar-se [*sic*]. Em outras palavras, a circularidade anterior pressupunha ganhos fiscais correspondentes ao investimento e à renda que o fundo público articulava e financiava; a crescente internacionalização retirou parte dos ganhos fiscais, mas deixou aos fundos públicos nacionais a tarefa de continuar articulando e financiando a reprodução do capital e da força de trabalho. (Oliveira, 1998, p. 26)

Portanto, o déficit público – ou mais amplamente a crise fiscal emergente nos países capitalistas centrais e que se torna mais visível na segunda metade da década de 1970 – é, antes de tudo, consequência da internacionalização produtiva e financeira da economia capitalista, que se exacerba nos anos 1980 com o predomínio cada vez maior da dimensão financeira sobre a produtiva. Para Oliveira (1998), a crise financeira do Estado-Providência – que veio mais associada à produção de bens sociais públicos do que à presença dos fundos públicos na estruturação da reprodução do capital – revela na verdade uma disputa mais acirrada que então se verifica entre capital e trabalho na destinação do fundo público.

A diminuição das receitas de impostos, de um lado, e o aumento dos gastos sociais, de outro, começam a indicar que as políticas keynesianas já não funcionavam e que o sistema de taxas de câmbio fixas estabelecido em Bretton Woods, baseado na paridade dólar-ouro, estava se mostrando ineficaz. Consequentemente, o desemprego e a inflação aumentavam por toda parte, configurando uma fase global de estagnação que duraria quase toda a década de 1970.

É a partir desse enquadramento que vamos discutir a reconfiguração do capitalismo mundial nos anos 1980 e 1990, subdividindo-o em dois momentos. O primeiro caracteriza a fase neoliberal de um ‘capitalismo duro e livre de regras’, cujos melhores representantes são Margareth Thatcher e Ronald Reagan.¹⁴⁸ O segundo, denominado *New Labor* ou Terceira Via, iria se configurar com a ascensão de Tony Blair e Bill Clinton, nos governos da Inglaterra e dos Estados Unidos, respectivamente, na segunda metade dos anos 1990. Concomitantemente, vamos procurar contextualizar o ajuste neoliberal na área de saúde a partir da proposta de *Managed Competition* ou competição administrada e do surgimento do novo ‘complexo médico-industrial’ segundo Starr (1991), ou da ‘indústria hospitalar de alta capitalização’ para Laurell (1994). Assim, abordaremos a entrada do capital financeiro no setor, bem como a disputa intercapitalista que passa ocorrer entre este e o capital industrial. Na área de educação, vamos abordar a metamorfose da teoria do ‘capital humano’ com a emergência do que se convencionou chamar de ‘sociedade do conhecimento’ (Frigotto, 1995).

Durante a ‘era de ouro’ do capitalismo, um grupo de economistas, historiadores e filósofos acadêmicos (Ludwig von Mises, Milton Friedman, Karl Popper e outros) liderados por Friedrich von Hayek, filósofo político austríaco, autor do livro *Caminho da Servidão*, de

¹⁴⁸ O primeiro laboratório das políticas neoliberais foi o Chile, sob o comando de ‘the Chicago boys’, mas as práticas neoliberais se desenvolveram de forma mais elaborada na Inglaterra e EUA, e depois se disseminaram nos países europeus com François Mitterrand na França (1981-1995), Helmut Kohl na Alemanha (1982-1998) e Felipe González na Espanha (1982-1996), entre outros.

1944, e ganhador do prêmio Nobel de economia em 1974 com sua teoria neoliberal, criou a Mont Pelerin Society¹⁴⁹ em 1947, com o intento de discutir as estratégias necessárias para enfrentar a avalanche de regulações e o intervencionismo que assolava o capitalismo. Para esse grupo de intelectuais, as principais causas da crise capitalista eram o suposto gigantismo do Estado, sua excessiva intervenção na economia e os privilégios que o Estado tinha conferido aos trabalhadores ao longo dos ‘trinta anos gloriosos’. Assim, o controle dos gastos do Estado aparecia como a única saída para driblar a inflação; as empresas estatais eram vistas como sorvedouros do dinheiro público; as normas e regulamentações tinham que ser abolidas para que a concorrência gerasse frutos como maior eficiência e recuperação dos lucros; o Estado tinha que se restringir às suas funções públicas por excelência: justiça e segurança; e os gastos com pessoal tinham que ser reduzidos, assim como a força de trabalho deveria ser ‘flexibilizada’, uma vez que as garantias sociais tornavam-se um custo insuportável e inadmissível para o Estado.

Para esse grupo de intelectuais, o intervencionismo estatal e os direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora destruíam a liberdade dos cidadãos e a concorrência capitalista, da qual dependia a prosperidade de todos. Assim, o objetivo era “combater o keynesianismo e o solidarismo reinantes e preparar as bases para um novo capitalismo no futuro, um capitalismo duro e livre de regras” (Anderson, 1995, *apud* Paulani, 2006, p. 70). O elemento vital do pensamento neoliberal é o pressuposto de que as liberdades individuais são garantidas pela liberdade de mercado e de comércio que, para Hayek, estava ameaçada pelo fascismo, pelas ditaduras, pelo comunismo e por todas as formas do Estado intervencionista.

Se até os anos 1970 as propostas neoliberais não encontravam muito eco entre as estratégias para a retomada do desenvolvimento econômico nos países capitalistas centrais, em 1979 a elevação da taxa de juros americanos com o choque Volcker – como ficou conhecido – e a eleição de Margareth Thatcher, na Inglaterra, e logo depois, em 1980, a

¹⁴⁹ Mont Pelerin é o nome de um *spa* suíço onde esse grupo se reuniu pela primeira vez. A teoria neoliberal, segundo Paulani (2006) e Harvey (2008), não é uma teoria econômica ou uma ciência; ela se configura mais como uma doutrina, pois a teoria neoclássica que lhe serviria de base para demonstrar a superioridade do mercado e da sociedade que defende havia sido destruída metodologicamente pelo próprio Hayek no texto *Economics and knowledge*, publicado em 1937. Nesses termos, o que ele faz é afirmar a crença no mercado, uma profissão de fé nas suas virtudes para mobilizar os instintos humanos da gula, da ambição e do desejo de riqueza e poder em benefício de todos. Milton Friedman, economista da Universidade de Chicago, também recebeu o Nobel de economia em 1976, defendendo os mesmos pressupostos. Foi o inspirador de ‘the Chicago boys’, um grupo de economistas assim denominados por sua adesão às teorias neoliberais de Friedman, os quais estiveram à frente da primeira experiência do neoliberalismo realizada no Chile em 1975, após o golpe de Pinochet ao governo eleito de Salvador Allende.

eleição de Ronald Reagan, nos EUA, prepararam o capitalismo para a sua nova fase quando se verificou uma mudança de poder da produção para o mundo das finanças. Suas características, detidamente analisadas por Paulani (2006), são a exacerbação da valorização financeira, a retomada da força do dólar americano como meio internacional de pagamento, a intensificação do processo de centralização de capital e a eclosão da denominada ‘terceira revolução industrial’, que tem sua base material apoiada na substituição da tecnologia eletromecânica pela microeletrônica e na aceleração da difusão de tecnologias de informação e comunicação.

Segundo Harvey (2008), o ‘Estado neoliberal’ é um tipo de Estado cuja missão fundamental é criar condições favoráveis à acumulação lucrativa de capital para os capitalistas domésticos e estrangeiros, sob a égide do que denomina de ‘acumulação por espoliação’, com quatro características principais: privatização e mercadificação; financialização; administração e manipulação de crises; e redistribuições via Estado. Sinteticamente, a primeira característica tem por objetivo abrir à acumulação capitalista novos campos até então fora do alcance do cálculo da lucratividade – desde os serviços de utilidade pública (água, telecomunicações e transporte), passando pelos benefícios sociais (habitação, educação, saúde e pensões), até as instituições públicas (universidades, laboratórios de pesquisa e presídios) e os direitos de propriedade intelectual sobre materiais genéticos, o plasma e outros tipos de produtos estabelecidos por ocasião do Acordo Trips, em 1994.¹⁵⁰

A financialização se refere à emergência dos mercados financeiros como um dos principais centros de produção do capital fictício por meio da especulação, da predação, das operações fraudulentas com ações, destruição planejada de ativos através da inflação e/ou dilapidação de ativos por meio de fusões e aquisições agressivas, entre outros aspectos. A terceira característica - administração e manipulação de crises - trata de mecanismos de redistribuição deliberada da riqueza dos países pobres para os países ricos. “Trata-se de crises orquestradas, administradas e controladas tanto para racionalizar o sistema como para redistribuir ativos” (Harvey, 2008, p.175) pelo complexo Tesouro dos Estados Unidos-WallStreet-FMI. A última característica – redistribuição via Estado – se refere ao papel que o Estado neoliberal passaria a assumir de principal agente de redistribuição inversa. Diferente do momento anterior que esse autor denomina de liberalismo embutido, a ‘era neoliberal’

¹⁵⁰ O Acordo Trips é um tratado internacional, integrante do conjunto de acordos assinados em 1994 que encerrou a Rodada Uruguai e criou a Organização Mundial do Comércio (OMC). Também é chamado de Acordo Relativo aos Aspectos do Direito da Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (ADPIC).

inverte o fluxo que ia das classes altas para as baixas, ou seja, em vez de uma redistribuição mais equitativa da renda nacional, potencializa a concentração de renda – e o faz, sobretudo, promovendo a privatização e cortes nos gastos públicos que sustentam o salário social, mas também por meio da revisão dos códigos tributários que beneficiam o retorno sobre o investimento em detrimento da renda e dos salários, dos subsídios e isenções fiscais a pessoas jurídicas, além da redução dos impostos corporativos.

A liberdade para esse tipo de Estado é aquela que encarna os interesses dos detentores de propriedade privada, dos negócios, das corporações multinacionais e do capital financeiro. Portanto, para que o capital financeiro ou o capital portador de juros, como designa Chesnais (2005), viesse a ocupar o papel econômico e social que ocupa atualmente, foi necessário antes de tudo que os Estados mais poderosos (Inglaterra e EUA) liberassem o movimento dos capitais, desregulassem seu sistema financeiro e adotassem políticas que favorecessem e facilitassem a centralização dos fundos líquidos não reinvestidos das empresas e das poupanças das famílias.

Sem a intervenção política ativa dos governos Thatcher e Reagan, e também do conjunto dos governos que aceitaram não resistir a eles, e sem a implementação de políticas de desregulamentação, de privatização e de liberalização do comércio, o capital financeiro internacional e os grandes grupos multinacionais não teriam podido destruir *tão depressa e tão radicalmente* os entraves e freios à liberdade deles de se expandirem à vontade e de explorarem os recursos econômicos, humanos e naturais, onde lhes for conveniente. (Chesnais, 1996, p. 34, grifo do autor)

O processo de centralização de capital na forma financeira é, num primeiro momento, um subproduto da acumulação industrial que ocorre durante a ‘era de ouro’ do capitalismo, da criação do mercado *offshore* na City londrina, também chamado de ‘mercado de eurodólares’, e das elevadas somas resultantes do aumento do preço do petróleo na década de 1970. Num segundo momento, ocorre com a reciclagem dos ‘petrodólares’ na forma de empréstimos e linhas de crédito dos bancos internacionais para os países dependentes, mas principalmente com o ressurgimento do mercado de obrigações¹⁵¹ em face das necessidades de financiamento dos déficits orçamentários dos grandes países industrializados.

¹⁵¹ Tanto os Estados como as empresas podem procurar financiamento de diversas formas, como pedindo um empréstimo a um banco ou podendo endividar-se com o público emitindo obrigações que são títulos ou uma nota de crédito emitida pelo Estado ou empresa. Ao investir em obrigações, o público está essencialmente emprestando dinheiro a uma dessas entidades. Como retorno do seu investimento, a obrigação reembolsa um montante fixo por um período de tempo predeterminado, calculado pela combinação de uma taxa de juro com o valor da obrigação. Além disso, o Estado ou a empresa paga também, no final do período, o valor facial, isto é, o valor inicial de investimento. O mercado de obrigações, também chamado mercado bursátil, tem como lócus de suas transações as bolsas de valores.

A reciclagem dos petrodólares lança as bases das dívidas dos países dependentes na década de 1980 e, com elas, um mecanismo de transferências maciças de recursos para os credores internacionais, ao mesmo tempo que inaugura a era dos ‘ajustes estruturais’ capitaneada pelo FMI, com a falência de muitos desses países principalmente após a alta do dólar e das taxas de juros americanas em 1979-1981. O ressurgimento do mercado de obrigações, por sua vez, permitiu a titularização ou securitização dos compromissos da dívida pública principalmente americana, isto é, permitiu o financiamento do déficit orçamentário pela aplicação de bônus do Tesouro e outros compromissos da dívida no mercado financeiro. Esse mecanismo interessava tanto aos governos e às grandes instituições que centralizavam a poupança como aos fundos de pensão ávidos por oportunidades de aplicação em larga escala.

Os investidores institucionais¹⁵² foram os primeiros beneficiários da desregulamentação monetária e financeira, e ao longo dos anos 1980 tiraram dos bancos o primeiro lugar como pólo de centralização financeira e lhes tomaram parte de sua atividade de empréstimo. Ao mesmo tempo, a dívida pública dos diversos países transformou-se no pilar do poder das instituições que centralizam o capital portador de juros, pois em tempos de choques financeiros os títulos da dívida pública tornam-se o ‘valor-refúgio’ por excelência.

Nesse contexto, no qual esses títulos se tornam um mecanismo cada vez mais importante de transferência da riqueza para a esfera financeira, assumindo então a forma de rendimentos financeiros dos quais vivem camadas sociais rentistas, assiste-se ao terceiro momento de acumulação financeira. Essa etapa vê nascer o governo de empresa contemporâneo, que impõe, sob a pressão ‘impessoal’ dos ‘mercados’ sobre os grupos industriais, “novas normas de rentabilidade, que geram pressões bastante acentuadas sobre os salários, tanto em termos de produtividade e de flexibilidade do trabalho, como de mudanças nas formas de determinação dos salários” (Chesnais, 2005, p. 42).

São mudanças associadas ao advento de uma ‘nova cultura empresarial’, marcada pela disseminação de conceitos e práticas como Business School, Human Resource Management, Total Quality Management, Employee Involvement e Empowerment. É o momento da criação de novas formas de gerenciamento e novas técnicas de administração da produção, da exacerbação do individualismo, da expansão do trabalhador autônomo e do incremento do

¹⁵² Como exemplo, no Brasil, fundos sociais como o Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep), geridos pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), fundos mútuos de investimentos, clubes de investimentos, instituições de previdência privada ou fundos de pensões, companhias seguradoras.

trabalho *part-time*, da redução e/ou do enxugamento das empresas derivada do toyotismo ou ohnismo ou modelo japonês de organização do trabalho¹⁵³ (*lean production* ou sem gorduras de pessoal; *just-in-time* ou no momento exato), das terceirizações e da diminuição da estrutura burocrática gerencial, acompanhada de seu corolário, o aumento do desemprego e de mudanças na estrutura e nas relações de classe (Antunes, 2000).

As tendências que se esboçam a partir daí são de duas ordens: a primeira é a fusão entre propriedade e gerência das empresas capitalistas. Se até então eram instâncias separadas, elas se fundem, e os gerentes começam a ser pagos em opções de ações (títulos de propriedade), resultando no fato de que “o valor das ações [das grandes corporações] tomou o lugar da produção como guia da atividade econômica” (Harvey, 2008, p. 41), com as tentações especulativas daí decorrentes, tais como a inflação do valor dos ativos ou a formação de capital fictício. A segunda tendência é a redução da separação entre capital monetário que recebe dividendos e juros, de um lado, e capital produtivo, manufatureiro ou mercantil em busca de lucros, do outro.

No lugar dos conflitos entre corporações e financistas que predominavam até então, as primeiras assumem cada vez mais uma orientação financeira, mesmo quando voltadas para a produção. Isto é, o capital anteriormente investido em estoque e espaço se transforma em capital circulante, que passa a ser investido no mercado financeiro, sintonizando-se assim com a lógica neoliberal. As fusões e aquisições intersetoriais, orquestradas pelos investidores financeiros e seus conselheiros, se tornam muito mais comuns, unindo a produção, a comercialização, as propriedades imóveis e os interesses financeiros de novas maneiras, resultando em conglomerados diversificados e maior centralização do capital no âmbito nacional e internacional.

Assim, a maneira pela qual o capital financeiro conseguiu alojar a exterioridade da produção no próprio cerne dos grupos industriais talvez seja, para Chesnais (2005), um dos traços mais originais da contrarrevolução social contemporânea. Esse alojamento se deu às custas de muita energia e meios jurídicos dos proprietários-acionistas para subordinarem e transformarem os administradores-industriais de forma a interiorizarem as prioridades e os

¹⁵³ No Japão, esse modelo de produção decorre antes de tudo das condições limitadas do pós-guerra. Ao contrário do fordismo, em que a produção é em série, de massa e determinada pela oferta, a produção flexível é voltada para a demanda externa e conduzida por ela, dada a necessidade de atender a um mercado interno que solicita produtos diferenciados e pedidos pequenos. Mas a sua expansão em escala mundial buscou responder aos imperativos da crise econômica ou da realização do lucro, ao mesmo tempo que contribuiu para potencializar a transformação do capital produtivo em capital financeiro.

códigos de conduta do mercado bursátil (ou de obrigações). A alavanca para isso foi a transformação desse mercado em mercado de empresas, com a possibilidade de os acionistas-minoritários se desfazerem das ações a qualquer momento.

O poder administrativo torna-se assim cada vez mais forte no seio das empresas, e os objetivos do administrador-financeiro são muito diferentes dos do administrador-industrial que ele substituiu. Seu veículo são os títulos, sua obsessão é a rentabilidade aliada à liquidez, e seu agente é um administrador anônimo de um fundo de pensão com ativos financeiros de várias dezenas de bilhões de dólares, que personifica o ‘novo capitalismo’ de fins do século XX. “É na produção que se cria a riqueza, a partir da combinação social de formas de trabalho humano, de diferentes qualificações. Mas é a esfera financeira que comanda, cada vez mais, a repartição e a destinação social dessa riqueza” (Chesnais, 1996, p. 15).

O mundo financeiro daí em diante experimentaria uma forte expansão das atividades e de poder, com uma onda de inovações que incluiria não apenas interligações globais bem mais sofisticadas como também novos tipos de mercados financeiros baseados na securitização, nos derivativos e em todo tipo de negociação de futuros. Além disso, passaria a ditar o comportamento dos centros de decisão capitalistas e das empresas, inclusive em relação ao nível e à orientação setorial do investimento produtivo em diversas áreas, tais como telecomunicações, mídia, serviços financeiros, setor de saúde privado etc.

Ao contrário do período anterior, a internacionalização passaria a ser ancorada no investimento ditado pelas instituições bancárias e financeiras globais e não mais no capital produtivo ou no comércio exterior. Os dois principais fatores que, na década de 1980, aceleraram essa mudança na forma de internacionalização foram a desregulamentação financeira e o desenvolvimento das novas tecnologias de informação e comunicação, que funcionam ao mesmo tempo como condição permissiva e fator de intensificação da mundialização do capital.

Nesse contexto, o dado novo para Chesnais (1996) é que as empresas passaram a recorrer a novas combinações entre investimentos internacionais, o comércio e a cooperação internacional entre empresas coligadas para assegurar tanto sua expansão internacional como a racionalização das operações, o que passou a permitir um alto grau de coordenação e diversificação das operações. As alianças internacionais tornaram-se assim uma das características da mundialização do capital, visando ao fornecimento de suprimentos internacionais de produtos semi-elaborados e produtos acabados, organizados com base em

terceirizações internacionais e de empresas-rede que buscam conciliar a centralização do capital e a descentralização das operações explorando as possibilidades proporcionadas pela teleinformática e a automatização.

No entanto, Chesnais (1996) diz que, entre outros aspectos, ao recuperar a total liberdade de ir e vir facilitadas pelas políticas de liberalização do ponto de vista das relações internacionais, as operações do capital se realizam de forma seletiva. Isto é, a não ser alguns países ‘emergentes’ – o novo adjetivo para os países industrializados dependentes –, o movimento do processo de mundialização é de marginalização de países ou regiões que não interessam ao capital, apenas parte dele, existindo áreas da África, da Ásia e da América Latina que não participam desse processo.

Estes não são mais apenas países subordinados, reservas de matérias-primas, sofrendo os efeitos conjuntos da dominação política e do intercâmbio desigual, como na época ‘clássica’ do imperialismo. São países que praticamente não mais apresentam interesse, nem econômico, nem estratégico (fim da ‘guerra fria’) para os países e companhias que estão no centro do oligopólio. São pesos mortos, pura e simplesmente. Não são mais países destinados ao ‘desenvolvimento’, e sim áreas de ‘pobreza’ (palavra que invadiu o linguajar do Banco Mundial), cujos emigrantes ameaçam os ‘países democráticos’. (Chesnais, 1996, p. 37)

Outra questão é que o advento da produção flexível e a introdução da automatização, baseada nos microprocessadores, associada à desregulamentação do mercado de trabalho e à ‘flexibilização’ dos contratos de trabalho, ao destruir formas anteriores de relações contratuais, permitiu aos grandes grupos industriais, com a ajuda do Estado, produzir dentro dos próprios países zonas de baixos salários e com precária proteção social, contando com uma mão-de-obra qualificada e barata. Isso não eliminou o interesse das multinacionais por países de baixos salários, mas as novas tecnologias e as modificações impostas à classe trabalhadora, no tocante à intensidade do trabalho e à precariedade do emprego, permitiram às empresas não mais se deslocarem milhares de quilômetros para encontrar esses lugares de produção e realizar seus objetivos de valorização. No entanto, esse conjunto de políticas – produção flexível, automatização, desregulamentação dos mercados e ‘flexibilização’ da força de trabalho – compensa um eventual aumento do custo da mão-de-obra e influencia as decisões para a deslocalização da produção e/ou investimento internacional, à qual se associa o tamanho do mercado consumidor.

Em suma, para Harvey (2008, p. 41), a “neoliberalização significou a ‘financiarização’ de tudo”, no sentido de submeter todos os campos da vida social e abrir novas fronteiras de investimento à valorização do capital privado. Nesse sentido, o neoliberalismo passa não só a

dominar a economia e o Estado, mas também a vida cotidiana, criando uma volatilidade sempre crescente nas relações globais de troca, a expressão mais acabada da mundialização do capital.

Mas, ao contrário do que se pensa, isso não significou o enfraquecimento do Estado e sim o seu fortalecimento, visando conduzir da forma mais adequada os ‘negócios de Estado’, de modo a preservar e contemplar os interesses dos grupos privados que dependem de um tipo de atuação caracterizado por Paulani (2006) de *business administration* de Estado. Nesse tipo de gestão neoliberal da coisa pública, paradoxalmente, a racionalidade do Estado acaba sendo inversa à racionalidade privada, uma vez que busca responder aos interesses privados. Isto é, “[em] vez de acúmulo de recursos e da reprodução ampliada do ‘capital público’, temos dilapidação dos recursos do Estado, encolhimento de seu tamanho, atrofiamento do espaço econômico público, em uma palavra: espoliação” (Paulani, 2006, p. 80).

Para Harvey (2008), desde o início de sua elaboração, o projeto neoliberal é um projeto político de restabelecimento das condições da acumulação do capital e de restauração do poder da classe dominante. Assim, tanto na Inglaterra, com Margareth Thatcher (1979-1990), como nos EUA, com Ronald Reagan (1981-1989), assiste-se nos anos 1980 à redefinição do poder dessa classe com o crescente poder e importância dos financistas e gerentes das grandes corporações. Thatcher se elege com o firme propósito de fazer uma reforma econômica com o abandono do keynesianismo, mas no lugar da tradicional aristocracia inglesa e segmentos da indústria, se colocou ao lado dos novos empreendedores ou novos ricos. Reagan, ao ser eleito, mantém Paul Volcker como presidente do Federal Reserve Bank dos EUA e dá apoio político necessário à sua política monetária, iniciando o processo de neoliberalização com a desregulação da economia, o corte de impostos e no orçamento. Com Volcker, o pleno emprego é abandonado em favor de uma política voltada para conter a inflação a qualquer custo, com o aumento da taxa nominal de juros, o que iniciou a recessão americana com suas consequências: esvaziamento das fábricas e destruição dos sindicatos americanos.

Dessa forma, um dos núcleos de poder de classe sob o neoliberalismo passa a ser o formado pelos gerentes (*chief executive officer*) das grandes corporações, principais operadores dos conselhos de administração, e os líderes de aparatos financeiros. O poder dos verdadeiros donos do capital, os acionistas, foi diminuído, a não ser quando eles podiam reunir uma soma de votos suficientemente ampla para afetar a política corporativa. Mas

Harvey (2008) diz que seria errôneo restringir a noção de classe dominante a esse grupo, pois a abertura de oportunidades de empreendimento e as novas relações comerciais permitiram o surgimento de processos de formação de classe substancialmente novos, com a abertura de novos setores da economia, como a biotecnologia e as tecnologias da informação e comunicação que produziram rápidas fortunas, tanto de forma horizontal (expansão de um mesmo ramo econômico) como vertical (diversificação dos negócios). E isso não ocorreu, segundo o autor, sem uma relação privilegiada com o poder estatal ou sem o vínculo estreito entre os homens de negócios e os ‘negócios do Estado’.

Entretanto, a consolidação do neoliberalismo dependeu em grande medida ou fundamentalmente de duas condições: a primeira, do ataque às formas de organização da classe trabalhadora, mais especificamente do seu poder sindical visto como uma forma de poder corporativo que, ao formular e pressionar pelo atendimento das suas demandas, tende a incrementar a intervenção estatal e a restringir o livre mercado e a iniciativa individual. A segunda condição era a construção do consentimento político entre os trabalhadores de maneira geral e na classe média em particular – com o apoio dos meios de comunicação e por meio de instituições como escolas e igrejas, entre outras –, depois consolidado nos partidos políticos.

No primeiro caso, são exemplos o enfrentamento de Thatcher à greve dos mineiros em 1982 e 1984-5 contra o fechamento das minas, e de Reagan contra o Professional Air Traffic Controllers Organization (PATCO), o sindicato dos controladores de voo, em 1981.¹⁵⁴ Ambos os governos saem vitoriosos, e esses episódios, além de emblemáticos do declínio do movimento sindical que daí em diante se verificaria, marcam um período de ataque generalizado aos poderes do trabalho e aos direitos sociais conquistados em todas as frentes de participação política e negociação coletiva, e da degradação relativa das condições de vida da classe trabalhadora. Apesar das diferenças ou dos “desenvolvimentos geográficos

¹⁵⁴ A partir de 1979, mais de 220 mil postos de trabalho nas minas foram fechados com o advento da política neoliberal de Thatcher e a abertura do país à concorrência internacional e aos investimentos externos. O sindicato dos trabalhadores das minas representava uma das mais importantes categorias do movimento operário inglês. A greve durou um ano, e apesar da simpatia da população, os trabalhadores saíram derrotados dela. Mas não só as minas foram fechadas e o carvão passou a ser importado por um preço menor; a própria competição demoliu boa parte da indústria tradicional britânica nos anos 1980, tais como a indústria do aço, os estaleiros, a indústria automobilística autóctone inglesa, destruindo consigo os seus fortes sindicatos. No caso desta última, o país passou a ser uma plataforma externa dos fabricantes de automóveis japoneses, que instalaram fábricas e contrataram trabalhadores não sindicalizados. Nos EUA, o PATCO, era um sindicato de trabalhadores graduados que tinha o caráter de uma associação de profissionais especializados, um ícone da classe média americana, e não do sindicalismo da classe trabalhadora. Ver Antunes (2000), cap. 5, e Harvey (2008), cap. 1.

desiguais” (Harvey, 2008, p. 97), é um processo que ocorre tanto nos países capitalistas avançados como nos países dependentes.

O segundo caso tem a ver com a construção de uma “cultura populista neoliberal fundada no mercado que promovesse o consumismo diferenciado e o libertarianismo individual” (Harvey, 2008, p. 52), que se mostrou compatível com o impulso cultural chamado ‘pós-modernismo’, o qual surgia nesse momento como dominante tanto cultural quanto intelectual. Desse ponto de vista, a palavra ‘liberdade’ foi uma poderosa aliada, uma vez que não só estava enraizada nas tradições culturais e sociais como era a palavra de ordem dos diversos movimentos sociais que eclodiram nos EUA contra a guerra do Vietnã e dos direitos civis americanos, por exemplo, e também na Europa a partir do emblemático maio de 1968.

As críticas às restrições da liberdade individual diante do controle dos comportamentos pessoais pelas corporações, assim como daquelas advindas do intervencionismo do Estado; as críticas ao modo opressivo e socialmente injusto de dirigir o mundo das corporações em aliança com o Estado, e às atividades destrutivas das primeiras contra o meio ambiente, bem como outras questões vinculadas aos direitos das minorias e às diferenças de gênero, raça, religião etc., estavam na ordem do dia e foram exploradas e fomentadas pela doutrina neoliberal.

A retórica neoliberal, com sua ênfase fundacional nas liberdades individuais, o poder de fragmentar o libertarianismo, a política da identidade, o multiculturalismo e até o consumismo narcisista advindos das forças sociais se puseram a buscar a justiça social por meio da conquista do poder do Estado. (Harvey, 2008, p. 51)

A tarefa ideológica foi tomar a defesa das liberdades individuais, virando-as contra as práticas intervencionistas e regulatórias do Estado, ao mesmo tempo que se começou a enfatizar a liberdade de escolha do consumidor, tanto quanto ao acesso a produtos particulares como a estilos de vida, formas de expressão e uma ampla gama de práticas culturais. Para Harvey (2008), a defesa da causa das liberdades individuais se constituiu num apelo para a população, disfarçando assim o trabalho de restauração do poder de classe, que contou também com a valiosa formação de um banco de ideias neoliberais nas principais universidades americanas e inglesas, financiadas pelas grandes corporações, a cooptação dos meios de comunicação e a conversão de muitos intelectuais ao modo de pensar neoliberal.

Sobre o Estado, a imagem que foi sendo construída é de ineficácia e ineficiência em comparação com o setor privado. Ineficaz porque tende ao monopólio econômico estatal e à tutela dos interesses corporativos de grupos de produtores organizados como os sindicatos, em vez de responder às demandas dos consumidores espalhados no mercado; e ineficiente por não conseguir eliminar a pobreza. Ao invés disso, a pobreza havia piorado com a derrocada das formas tradicionais de proteção social, baseadas na família e na comunidade, e os pobres tinham sido imobilizados e se tornado dependentes do paternalismo estatal – o que representava uma violação à liberdade econômica, moral e política, que só o capitalismo neoliberal podia garantir com a reconstrução do mercado, da competição e do individualismo. Era necessário, portanto, eliminar a intervenção do Estado na economia e reduzir ou mesmo eliminar os direitos e benefícios sociais. Nesses termos,

a competição e o individualismo só se constituiriam como forças desagregando os grupos organizados, desativando os mecanismos de negociação de seus interesses coletivos e eliminando os seus direitos adquiridos. Isso seria conseguido com a desregulamentação e flexibilização da relação trabalhista e reduzindo as normas e contribuições trabalhistas fixadas no contrato coletivo. Por último, seria preciso combater o igualitarismo, pois a desigualdade é o motor da iniciativa pessoal e da competição entre os indivíduos no mercado. (Laurell, 2002, p. 162)

Sob esse discurso político-ideológico, uma vez eleitos, tanto Thatcher como Reagan usaram o poder do Estado para persuadir, cooptar, chantagear e ameaçar para manter o clima de consentimento às políticas neoliberais. Em 1990, nos EUA, a maioria dos departamentos de economia das grandes universidades acadêmicas de pesquisa e das escolas de negócios estava dominada pelos modos neoliberais de pensamento.

A construção do consentimento em ambos os países foi distinta em razão das diferentes tradições culturais e políticas. A própria forma do Estado liberal nesses países e, conseqüentemente, as mudanças operadas pelas práticas neoliberais e seus limites foram moldadas de acordo com os processos de legitimação do regime político, da reprodução da força de trabalho e da ampliação do campo da acumulação mediante o bem-estar social, o que foi determinado pelas características e pelo poder das forças políticas internas.

Na Inglaterra, a classe operária contava com uma forte organização, tanto trabalhista, com seus sindicatos, como partidária, por meio do Partido Trabalhista Inglês (abalada mais tarde com o *New Labor* ou a Terceira Via, de Tony Blair), o que determinou o grau de universalismo das políticas sociais a toda a população. Isto explicaria, por exemplo, as diferenças do Estado de Bem-Estar entre a Inglaterra e os EUA. O desmonte do *Welfare State*

no primeiro país enfrentou resistências da classe média alta em áreas como a educação, a assistência à saúde e a assistência social, bem como no interior das universidades, na própria burocracia do Estado e no Judiciário. Apesar de Thatcher buscar estender a todas as áreas o ideal de responsabilidade pessoal, privatizando a assistência à saúde, por exemplo, e reduzir ao mínimo as obrigações do governo, não conseguiu avançar como gostaria, pois para a opinião pública havia limites para a neoliberalização de tudo.

Consideram-se os EUA, no entanto, como o exemplo mais puro do Estado de Bem-Estar liberal. Nessa forma de Estado, não se admite o conceito de direitos sociais, e o grau de mercantilização dos bens sociais é alto. Isso significa que o acesso a esses bens não está garantido pelo simples fato de ser membro da sociedade, nem mesmo que o Estado tenha essa obrigação, em associação com o peso da produção-administração privada desses bens. Na área de saúde, é notório o forte poder de pressão das seguradoras privadas, das empresas médicas e da indústria farmacêutica no sentido de submeter a atenção à saúde à lógica do lucro e à mercantilização. Entre os países capitalistas centrais, os EUA são o que tem a maior porcentagem de gasto privado em pensões e saúde, o mais alto percentual de gasto público destinado a benefícios sujeitos a comprovação de indigência e o grau mais baixo de universalismo e de igualdade média dos benefícios. Muito do que na Europa é público, nos EUA está nas mãos da iniciativa privada, como a produção e a administração dos serviços e benefícios sociais, tendo por exemplo a assistência médica (Laurell, 2002).

O que se mostrou comum entre ambos os países foram o ataque às relações de trabalho e a luta contra a inflação. A política monetária foi a resposta de Thatcher com altas taxas de juros que se traduziram em altas taxas de desemprego, corte nos gastos públicos e enfraquecimento do poder de barganha do trabalho. As políticas de Reagan estavam centradas no impulso generalizado de redução da regulamentação federal da indústria, do ambiente, do trabalho e da assistência à saúde. Os principais recursos foram os cortes orçamentários, a desregulamentação e a ocupação dos postos por pessoas identificadas com a política neoliberal.

Em ambos os países, a transferência de ativos públicos para o setor privado foi a norma, garantida inclusive com subsídios do Estado. A transferência de empresas industriais das regiões sindicalizadas para regiões não-sindicalizadas também contou com subsídios para novos investimentos, ajudada pela mudança da ênfase da produção para as finanças. A prioridade era a criação de um ‘clima de negócios favorável’ que se traduziu no uso de

recursos públicos para a criação de infraestruturas adequadas aos negócios, principalmente no setor de telecomunicações, a que se associaram subsídios e incentivos fiscais para empreendimentos capitalistas. “O bem-estar corporativo tomou o lugar do bem-estar social” (Harvey, 2008, p. 56). A própria administração das cidades passou a ser concebida cada vez mais como entidade empreendedora, e a competição entre os centros urbanos por capitais de investimento transformou o governo em ‘governança urbana’ mediante as parcerias público-privadas.

Um dos resultados desse processo foi o fenômeno da desindustrialização de regiões industriais centrais antes sindicalizadas, a neutralização do poder do trabalho com o conseqüente rebaixamento dos salários e uma força de trabalho relativamente obediente. No entanto, o avanço do processo de desregulamentação industrial facilitou não apenas o processo de aquisições e fusões, mas também a conseqüente reestruturação das empresas, resultando em demissões em massa e no abandono dos acordos com os sindicatos. Isso se deu concomitante ao ataque às formas de solidariedade social em favor da responsabilidade individual, da propriedade privada e dos valores familiares, para que não impedissem a flexibilidade competitiva.

A ascensão do capital financeiro viu ressurgirem assim formas agressivas de aumento de produtividade baseada na combinação da apropriação da mais-valia tanto absoluta como relativa, sem nenhuma preocupação com o nível de emprego, dirigidas à obtenção da máxima intensidade do trabalho e ao máximo rendimento de uma mão-de-obra tornada ‘flexível’ ou precarizada. Essa ‘flexibilização’ ocorre em diversas dimensões: na estruturação da produção a partir de um número mínimo de trabalhadores, ampliando-os por meio de horas extras e/ou recorrendo a trabalhadores temporários ou subcontratados; supõe a ‘flexibilização’ dos direitos; e a incorporação e aceitação pelos trabalhadores da concorrência, da competitividade e do espírito empreendedor.

Estamos diante de um processo no qual, de um lado, a defesa da liberdade do mercado como forma de promover a competição e a inovação tornou-se o veículo para a consolidação do poder monopolista. De outro lado, temos: o aumento do desemprego (estrutural) pela substituição crescente de trabalho vivo por trabalho morto; o declínio do valor dos salários reais, acompanhado da desindustrialização doméstica e da tendência de se levar a produção para o exterior; a intensificação da exploração do trabalho, associada à multifuncionalidade ou polivalência do trabalhador e à diminuição da ‘porosidade’ ou dos tempos mortos do trabalho;

o retorno de estratégias de extração de mais-valia absoluta, ou seja, de superexploração com a extensão da jornada de trabalho; o aumento das práticas de trabalho no setor informal por todo o mundo capitalista avançado; a existência de múltiplos sistemas de trabalho alternativos, como a terceirização, o contrato por tempo parcial, o trabalho autônomo, as cooperativas etc.; o enfraquecimento dos sindicatos; a exacerbação da concorrência entre os trabalhadores e do individualismo; a ‘flexibilização’ dos direitos, dos postos de trabalho e dos salários; e o aumento da desigualdade social e da pobreza (Antunes, 1995; Chesnais, 1996; Paulani, 2006; Harvey, 2008).

Nos EUA, segundo Harvey (2008), após a Segunda Guerra Mundial, a parcela da renda nacional nas mãos do 1% de mais ricos diminuiu de uma taxa de 16% para menos de 8%, evidenciando uma restrição do poder econômico do capital e uma redistribuição de renda a favor do trabalho. Depois da implementação das políticas neoliberais na década de 1980, a parcela de renda nacional do 1% mais rico chegou a taxas de 15%, retornando assim aos patamares anteriores de concentração de renda. Na Grã-Bretanha, essa parcela dobrou a sua participação a partir de 1982, passando de 6,5% a 13%.

No campo específico do bem-estar social, as principais estratégias das políticas neoliberais para abolir o universalismo, a igualdade e a gratuidade dos serviços sociais são a privatização do financiamento e da produção dos serviços, o corte nos gastos sociais, a canalização ou focalização dos gastos para os grupos carentes e a descentralização em nível local. Com isso, os neoliberais visavam acabar com uma das bases da ação coletiva e solidária que diminuía a força desagregadora da competição dos indivíduos no mercado de trabalho, assim como abrir as instituições públicas aos investimentos privados (Laurell, 2002).¹⁵⁵

4.1.1 O ajuste neoliberal na saúde

No campo da saúde, particularmente, a década de 1980 vê surgirem dois fenômenos associados: a proposta de *Managed Competition* ou ‘competição administrada’ e a

¹⁵⁵ Apesar dessa fúria privatizante, a quase totalidade dos sistemas de saúde do Estado de Bem-Estar dos países europeus conseguiu sobreviver, em razão da legitimidade social que as políticas públicas alcançaram nesses países, dificilmente reversível. Os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para o período 1970-2004 demonstram que os gastos totais em saúde conseguiram manter o mesmo patamar. Considerando o conjunto de 12 países, a média de gastos públicos em saúde, em 1970, era de 84% e, em 2004, de 81,2%. Ver tabela em: Silva (2009), p. 38-46.

organização da grande empresa médica corporativa, ou da indústria hospitalar de alta capitalização, um fenômeno que parece estar na base da formação da burguesia de serviços de saúde. É um processo capitaneado pela entrada do capital financeiro no setor na forma de seguros de saúde e com base na criação das Organizações de Atenção Gerenciada ou *Managed Care Organizations* (MCOs), provocando com isso, ao mesmo tempo, a instalação de uma disputa pelos recursos econômicos entre o capital financeiro e o capital do chamado complexo médico-industrial, e um movimento de centralização e concentração das empresas médicas, associado à ampliação e diversificação das suas operações para outras áreas. Mais que isso, assiste-se principalmente à entrada do capital financeiro na administração dos fundos mútuos e de pensão.

O termo ‘competição administrada’ foi cunhado em 1977 e reatualizado em 1989 como uma proposta de reforma do sistema de saúde norte-americano visando à criação de um sistema nacional de seguro-saúde para promover a universalização do acesso aos serviços de saúde a toda a população, com a participação mista pública e privada. Um modelo que teve uma influência importante em praticamente todas as propostas de reforma sanitária dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que passaram a advogar a introdução nos sistemas públicos de mecanismos concorrenciais que imitam o jogo do mercado, sobretudo a reforma inglesa e a reforma sueca.¹⁵⁶

Partindo do pressuposto de que a crise econômica não era devida apenas ao intervencionismo estatal na economia mas também ao excessivo gasto social, o discurso liberal-conservador começa a argumentar a favor da privatização do público e a defender a aceitação pragmática da realidade das mudanças econômicas. O diagnóstico neoliberal se apropriou de diversas críticas e problemas concretos na área da saúde – insatisfação dos usuários com os serviços de saúde, o alto custo da assistência médica, uma ‘inflação médica’ superior aos valores da economia em geral etc.– para, em razão deles, defender outro tipo de intervenção estatal no setor, enfatizando que:

- 1) a inexorabilidade da escassez de recursos não permitia a manutenção dos padrões anteriores de gasto sanitário e das formas de estruturação dos serviços de assistência médica adotadas no pós-guerras, pela exacerbação de déficit público que provocavam, sobretudo com a crise fiscal do Estado. Isto é, questionavam-se o predomínio dos fundos públicos no financiamento da prestação da atenção médica à população e o investimento tecnológico contínuo e frenético, característico do desenvolvimento dos serviços de saúde a partir da

¹⁵⁶ Para uma discussão abrangente das reformas sanitárias nos países capitalistas centrais pós-*welfare*, nos EUA, na Inglaterra, na Suécia, na Alemanha, na Itália e na Espanha, consultar Almeida (1995).

segunda metade [do século XX]. Apregoava-se tanto a restrição da oferta de serviços de saúde quanto a descentralização, para níveis subnacionais e para o setor privado;

2) a ineficiência dos sistemas sanitários, pelo não comprometimento dos agenciadores do gasto – isto é, os profissionais – com os custos dos serviços, impedia a identificação de responsabilidades no uso dos recursos, exigindo medidas de restrição da autonomia profissional e o deslocamento do poder monopolístico dos prestadores de serviços, com a introdução de mecanismos competitivos e de mudanças gerenciais típicas do setor privado. Ou seja, o médico foi o alvo central dessa crítica;

3) a desvinculação entre o investimento setorial e os resultados efetivos em termos de melhoria da saúde da população indicava desperdício e necessidade de redirecionamento de prioridades. Isto é, o Estado não podia continuar arcando com a responsabilidade de garantia de acesso à assistência médica a toda a população, inclusive diminuindo seu papel como empregador e/ou desregulando os contratos do funcionalismo público; e a relação entre níveis de atenção devia ser repensada (leia-se, atenção primária versus atendimento hospitalar);

4) a remoção das barreiras de preço para o consumo de serviços de saúde remetia sempre ao excesso de demandas (tanto no caso do financiamento estatal quanto no do financiamento privado), que devia ser controlado (tanto pelo governo quanto pelas empresas e seguradoras), através da participação financeira do usuário ou de coberturas parciais. Ou seja, era necessário reprimir a demanda de serviços, incentivando no usuário a consciência dos custos; e, por fim,

5) o desempenho insatisfatório dos serviços frente as exigências do consumidor frustrava a sua liberdade de escolha e a satisfação de suas necessidades. Portanto, era preciso abrir o mercado de serviços de saúde para a escolha do consumidor e, através da competição entre serviços, eliminar os ineficientes, fundamentalmente os do setor público. (Almeida, 1996, p. 7-8)

Portanto, o controle do déficit público e do gasto sanitário esteve subjacente a todas as iniciativas de reformas, vinculadas a exigências macroeconômicas, incorporando as mesmas premissas de ‘menos Estado’: privatização, flexibilização e desregulação. Os eixos em torno dos quais se articulam essas propostas são a restrição da autonomia profissional; a reestruturação do *mix* público/privado; e a descentralização, para os níveis subnacionais e para o setor privado.

Esse diagnóstico está na base de uma ampla agenda de reforma dos serviços de saúde pós-*welfare* nos países capitalistas centrais, logo depois difundida nos países dependentes pelo Banco Mundial (BM), cujos elementos centrais são: mudança da ênfase na produção direta de serviços pelo Estado, para a provisão de um ambiente regulatório apropriado; o Estado não seria o único provedor de serviços e o financiamento não deveria necessariamente provir de impostos gerais, porém retendo um importante papel regulador do desempenho do setor e do processo decisório; focalização da ação do Estado para grupos sociais específicos (populações com níveis absolutos de pobreza, deficientes, aposentados etc.) e a introdução de mecanismos de mercado para obter melhor relação entre demanda e oferta por meio dos custos; mudanças na estrutura gerencial (ou responsabilização interna) do setor público com a introdução de conceitos de gerenciamento e contabilidade do setor privado, o que incluía a revisão do desempenho dos funcionários públicos, a restrição e redimensionamento do

emprego público, o estímulo à flexibilização (leia-se privatização), entre outros fatores; e a substituição da escolha política ou burocrática pela escolha do consumidor (responsabilização externa) tanto nos processos usuais de representação política como na distribuição dos serviços.

É nessas bases que começa a ser elaborada a proposta de *Managed Competition* ou ‘competição administrada’ nos EUA. Sua formulação se baseou na experiência do *Managed Care* ou ‘assistência médica administrada’, que no governo Richard Nixon (1969-1974) se tornou a política governamental, juntamente com a criação das *Health Maintenance Organizations* (HMOs) ou ‘Organizações para a Conservação da Saúde’ e o incentivo à formação de equipes de saúde com a participação de trabalhadores de enfermagem, em 1973. Uma iniciativa que estimulou o desenvolvimento e redefiniu a prática dos planos de saúde de pré-pagamento norte-americanos com o pressuposto do custo-efetividade, ao mesmo tempo que se tornou uma alternativa política para preservar a assistência médica oferecida pelos empregadores aos trabalhadores e teoricamente possibilitar a diminuição da taxa de crescimento do gasto sanitário (Starr, 1991; Almeida, 1996).

A lógica de organização das HMOs é fundamentalmente econômica, uma vez que elas passam a operar num ambiente competitivo; adotam em geral alguma forma de seleção de clientela; utilizam a forma de pagamento global e não por unidade de serviço, para evitar a superutilização e incentivar a responsabilização dos médicos pelos custos dos serviços; possuem um quadro fixo de profissionais e atuam com o sistema de referência. Isto é, atuam como porta de entrada do sistema, em que o médico clínico (generalista) se torna o responsável pela referência à assistência especializada e às internações hospitalares.

Para Almeida (1996), esse é um ponto crucial da proposta de *Managed Care*, pois a lógica econômica está exatamente no uso restrito e no controle dos procedimentos especializados e da atenção hospitalar, inclusive negociando incentivos financeiros com os clínicos gerais para induzir a diminuição das referências aos especialistas, dos pedidos de exames complementares de diagnóstico e das internações.

A autora afirma que o papel-chave atribuído ao médico generalista no âmbito das HMOs a partir desse momento “difere dos sistemas tradicionais, principalmente pelo fato de ser imposto por rígidos controles gerenciais, estritamente financeiros, e não por uma lógica de organização do sistema de serviços de saúde que privilegie a atenção primária” (Almeida, 1996, p. 21). Assim, a ênfase nas medidas preventivas se torna na verdade um discurso

ideológico, pois na prática significa apenas priorizar-se o atendimento ambulatorial ou recusar os casos mais complicados ou mais caros ou com maior risco de adoecimento, uma prática comum que se tornou conhecida como ‘seleção adversa’, principalmente depois da criação das chamadas Organizações de Atenção Gerenciada ou *Managed Care Organizations* (MCOs) pelo capital financeiro (Iriart, 2008). Fundamentalmente, essas medidas, aliadas à ênfase no uso de trabalhadores de enfermagem e auxiliares médicos, eram vistas como uma forma de aumentar o acesso e a eficiência em termos da relação custo-benefício. Nesse último aspecto, as elevadas taxas de cirurgia e hospitalização indicavam que uma atenção mais cuidadosa pelos trabalhadores de enfermagem reduzia consideravelmente os gastos, pois evitava procedimentos desnecessários e custosos.

Tanto a proposta de *Managed Care*, adotada por Reagan quando governador da Califórnia, como os planos de saúde de pré-pagamento tiveram um desenvolvimento acelerado na década de 1980, nos EUA. De 1977 a 1988, a fatia do mercado de seguros de saúde ocupada pelas HMOs passou de 2,5% a 11,5%, respectivamente, atendendo cerca de 29 milhões de pessoas nesse último ano. O desenvolvimento da idéia do *Managed Care* foi estimulado pelo interesse do governo, dos empregadores, das seguradoras comerciais e dos empresários médicos associados aos planos de saúde em controlar e conter os custos da assistência médica, assim como preservar a hegemonia no sistema de saúde dos prestadores privados e o controle sobre o sistema dos pagadores privados.

Como já exposto, a ‘assistência médica gerenciada’ se caracteriza por um sistema voltado fundamentalmente para o controle da utilização dos serviços de saúde, mais especificamente para conter os custos da assistência por meio de medidas reguladoras da relação médico-paciente. Do lado dos médicos, “os limites estão dados pela interferência indireta na autonomia das decisões clínicas, através de incentivos e/ou normas negociadas que induzem os médicos a prescreverem apenas os serviços ‘necessários’” (Almeida, 1996, p. 16). Do lado dos pacientes, a regulação ocorre “através da restrição das opções de escolha do profissional ou serviço, com incentivos ou condicionantes destinados a induzir o segurado a utilizar os médicos/serviços contratados pelo plano ou selecionados como ‘preferenciais’” (Almeida, 1996, p. 16).

Entretanto, a crença no poder da organização e da regulação privada sobre os padrões de prestação de serviços centrados no mercado privado, independentemente do governo e a preços acessíveis para a população, foi se revelando uma falácia. Em meados da década de

1980, muitas HMOs tiveram problemas financeiros em face do aumento da competição no mercado, pelo precário gerenciamento financeiro e em razão das medidas de contenção de gastos públicos e privados. As pesquisas mostravam, além disso, que a entrada das HMOs no mercado de assistência médica não tinha impacto significativo na redução dos preços hospitalares e do gasto sanitário total. O êxito existente era das próprias HMOs com a redução dos seus custos por meio da diminuição do tempo de internação, priorização da atenção ambulatorial ou seleção adversa de pacientes, mas essa redução não se refletia nos custos totais da assistência médica. Assim, sem abolir a lógica privada, a proposta de *Managed Competition* introduzia a distinção entre um mercado livre para o financiamento e a distribuição de serviços de saúde e a formulação de um sistema de ‘competição administrada’ responsável por direcionar o financiamento do sistema, tendo em vista os objetivos de eficiência e equidade.

Na sua essência, essa proposta defendia a utilização de instrumentos que permitissem, ao mesmo tempo, garantir maior cobertura a diferentes clientelas e administrar os custos da assistência médica pelos ‘terceiros pagadores’ ou *sponsors* (empregadores, companhias de seguros, governos central e estadual), que entram como terceiro elemento na regulação da relação médico-paciente.

Em tal sistema, o mercado não deve ser visto meramente como bilateral (demanda e oferta), mas trilateral, que inclui consumidores, planos de saúde e *sponsors* [patrocinadores ou responsáveis]. O objetivo maior da *managed competition*, no plano teórico, é reconciliar equidade e eficiência; e a crença é que um sistema pode ser modelado e organizado de forma a motivar prestadores a perseguir eficiência na alocação de recursos, em grau razoável, e os consumidores a fazer escolhas conscientes quanto ao custo, ao mesmo tempo que são atendidos plenamente em suas necessidades. (Almeida, 1996, p. 27)

O debate a partir daí giraria em torno da necessidade de maior regulação e da liberdade de competição. As estratégias competitivas do mercado livre de assistência médica estavam produzindo a seleção adversa, a segmentação do mercado, a diferenciação de produtos com aumento dos custos, a descontinuidade da cobertura e a criação de barreiras de acesso, entre outros fatores. Para superar esses entraves, tornava-se necessário habilitar os *sponsors* para lidar com a competição, uma vez que eles eram vistos como ativos agentes coletivos do lado da demanda que

contratam planos competitivos e continuamente estruturam e ajustam o mercado para superar aquelas tendências ‘naturais’ para a iniquidade e a ineficiência; ou seja, num modelo competitivo, o responsável funcionaria como um ‘corretor’ que estruturaria a cobertura; contrataria com os beneficiários e os planos de saúde segundo regras de participação;

gerenciaria o envolvimento dos diversos atores no processo; arrecadaria os prêmios e/ou contribuições; e administraria os subsídios cruzados entre beneficiários e os incentivos disponíveis para todo o grupo. (Enthoven, 1988, *apud* Almeida, 1996, p. 26-27)

A proposta de *Managed Competition* não teve viabilidade política nos EUA, mas produziu dois efeitos associados: de um lado, o estímulo para a organização dos *sponsors* contra os prestadores de serviços de saúde e para a regulação pública e privada; de outro, a concentração do setor de seguros privados. Num contexto de redução da ajuda financeira estatal e de bloqueio a essa estratégia de competição regulada, assiste-se na atenção médica nos anos 1980, nos EUA, à aceleração do processo de centralização e concentração de capital no setor saúde, emergindo daí a empresa médica corporativa ou a indústria hospitalar de alta capitalização, e as Organizações de Atenção Gerenciada ou *Managed Care Organizations* (MCOs).

Os estudos indicam que duas circunstâncias estão na base desse processo: o número cada vez maior de médicos e a busca constante por parte do governo, dos empresários e das seguradoras em controlar o aumento dos gastos médico-hospitalares. A formação de grandes empresas corporativas não era um fenômeno novo, pois desde a segunda metade da década de 1960, após a criação dos programas Medicare e Medicaid,¹⁵⁷ o financiamento público nos EUA tornou a atenção à saúde lucrativa para os prestadores de serviços e estimulou a transformação empresarial no setor, inclusive a transformação de cadeias lucrativas de hospitais em corporações multinacionais, tal como a American Medical International.¹⁵⁸

O que é novo para Starr (1991), a partir dos anos 1980, é a formação de um novo ‘complexo médico-industrial’. O sentido original desse termo, até a década de 1970, como vimos no capítulo anterior, designava os vínculos entre médicos, hospitais e escolas de medicina com as companhias de seguros de saúde, indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. Entretanto, nos anos 1980, o que se verifica na medicina norte-americana é uma série de mudanças no âmbito hospitalar caracterizadas por:

- 1) *Mudança no tipo de propriedade e controle*: a mudança de organismos governamentais e não lucrativos, para companhias lucrativas no terreno da atenção à saúde;

¹⁵⁷ Sinteticamente, os programas Medicare e Medicaid envolvem o financiamento estatal para a assistência médica, respectivamente das pessoas com idade superior a 65 anos e de outros grupos sociais, em geral desempregados, incapazes de sustentar os custos do cuidado médico. (Donnagelo, 1976).

¹⁵⁸ Na época, segundo Starr, havia três poderosas cadeias corporativas: a Hospital Corporation of America, a Humanas, Inc. e a American Medical International. Esta última era dona de/ou administrava instalações hospitalares na Inglaterra, na Espanha, na Suíça, em Cingapura, França e Venezuela. A Hospital Corporation of America, em 1979, comprou no Brasil um plano de pré-pagamento de saúde que tinha cinco hospitais, 42 clínicas, 780 médicos e uma inscrição de mais de meio milhão de pessoas.

- 2) *Integração horizontal*: o declínio de instituições independentes e o auge de sistemas multistitucionais e a conseqüente mudança na sede de controle, de comitês comunitários para empresas regionais e nacionais de atenção à saúde;
- 3) *Diversificação e reestruturação corporativa*: a mudança de organismos de uma só unidade que operavam em um mercado, para empresas ‘policorporativas’ e de conglomerado, organizadas frequentemente sob companhias mantenedoras, às vezes com subsidiárias tanto lucrativas como não lucrativas, que participam em um grande número de mercados diferentes de atenção à saúde;
- 4) *Integração vertical*: a mudança de organizações de atenção à saúde de um só nível, tal como hospitais de cuidados intensivos, para organismos que abarcam diversas fases e níveis de atenção, tais como as HMO;
- 5) *Concentração da indústria*: a concentração cada vez maior da propriedade e controle dos serviços de saúde em mercados regionais e na nação como um todo. (Starr, 1991, p. 501, grifos do autor, tradução livre).

Nesse contexto surgem também, segundo Iriart (2008), as chamadas MCOs, empresas de lucro criadas pelas empresas de seguro e administradoras de fundos mútuos e de pensão, que funcionam como subsidiárias delas com o objetivo de administrar tanto serviços de saúde como fundos de saúde público e privado, primeiro nos EUA e logo no resto do mundo. Em outras palavras, o que se observa é um movimento geral no qual as atividades lucrativas superam as atividades não-lucrativas e independentes e que aponta para níveis mais elevados de controle integrado por meio de uma vigorosa administração central com a responsabilidade de estabelecer os orçamentos hospitalares, planejar as inversões de capital, fusões e aquisições, e nomear administradores do tipo *chief executive officer*. Do mesmo modo, as cadeias lucrativas passam a adotar procedimentos uniformes de administração, contabilidade e outras práticas standardizadas para o conjunto da rede, bem como o *Managed Care* como forma de controle de custos. Ou seja, utilizam estratégias predominantemente financeiras com vistas a operar e intervir, assim como outras corporações, nos mercados financeiros mundializados, particularmente no mercado de ações, para a valorização especulativa do capital.

No âmbito ideológico, como já indicado, a atenção médica gerenciada ganhou adeptos com o argumento da redução dos custos via aumento de práticas preventivas e uso racional de recursos diagnósticos e de tratamento. O eixo central do discurso da reforma hospitalar sob a atenção gerenciada era a instituição do médico generalista como um agente coordenador da atenção e moderador da utilização de atenção especializada, assim como de diagnóstico e tratamentos custosos e de eficácia não comprovada. Contudo, em 1997, segundo Iriart (2008), as MCOs nos EUA tinham 8% menos beneficiários com imunizações completas quando comparadas às organizações sem fins lucrativos; 6% menos com mamografias; 8% menos com exame de papanicolau; 12% menos com prescrição de betabloqueadores em pacientes

que haviam sofrido ataques cardíacos; e 13% menos com controles oftalmológicos em paciente diabéticos. Na realidade, o que se evidenciou em poucos anos desde a implementação das MCOs é que na administração dos serviços de saúde o capital financeiro obteve lucros limitando o acesso e controlando gastos, e a função dos médicos generalistas era muito mais de controlar a demanda e não de coordenar a atenção à saúde.

A operação desse tipo de capital requer a transformação quase constante dos planos de saúde oferecidos, como forma de dificultar o acesso e diminuir o gasto. Quando os beneficiários aprendem a navegar no complexo sistema administrativo e contornam as dificuldades e 'erros' burocráticos na atribuição do médico de atenção primária, aprovação de estudos e tratamentos, reintegração, etc., os contratos deixam de ser rentáveis para as MCOs. Isto sucede no transcurso de três ou quatro anos. (Iriart, 2008, p. 1.621, tradução livre).

A análise de Laurell (1994), no entanto, sugere também que essa reestruturação do espaço hospitalar e, por extensão, a necessidade cada vez maior de controle dos custos hospitalares estão vinculadas à incorporação de sofisticadas tecnologias diagnósticas e terapêuticas de base microeletrônica, que acompanha assim o movimento das corporações industriais e configura um processo que redefine tanto o papel do hospital como o processo de trabalho médico. Por um lado, o hospital torna-se um espaço altamente concentrador de investimentos e recursos tecnológicos; por outro, isso provoca um deslocamento relativo do médico que, junto com outros trabalhadores de saúde, passa a inserir-se de maneira subordinada no processo de trabalho hospitalar.

Desta maneira, a diminuição do peso específico do médico a favor do manuseio de tecnologias no ato médico é a alavanca do crescimento de um setor privado de serviços altamente concentrador de investimentos e recursos tecnológicos. O resultado destas transformações é, em termos concretos, que a medicina privada hoje não tem como seu principal centro econômico o enriquecimento médico, mas a valorização do investimento da empresa médica, ou seja, a acumulação de capital. (Laurell, 1994, p. 29, tradução livre)

Além das cadeias de hospitais, o 'novo complexo médico-industrial' começou a diversificar a sua atuação para gerar renda e capital adicional, e simultaneamente reorganizou sua estrutura empresarial em torno de dois modelos. No primeiro, o hospital se converte em uma empresa mãe, geralmente chamada de *holding* do grupo, com muitas subsidiárias ou filiais sob seu controle. No segundo, estabelece uma empresa mantenedora, dona do hospital e de outras subsidiárias. Em ambos os modelos, o que se busca é a renovação e a expansão das atividades com finalidade de lucro que abrangem clínicas de atenção externa, centros de diálise renal, empresas de atenção domiciliar, serviços de laboratório, serviços odontológicos,

serviços de enfermagem, fisioterapia, reabilitação cardíaca, medicina desportiva etc. Mas, além de serviços próprios de atenção à saúde, esse movimento de expansão abrange outros setores como cadeia de restaurantes (naturais ou não), farmácias, serviços óticos, aparelhos de surdez etc., além do acesso ao mercado de ações.

Starr (1991) diz ainda que os hospitais que permaneceram como não lucrativos, condição para usufruir da isenção de impostos, por exemplo, começaram a criar também subsidiárias lucrativas e/ou se tornaram uma “colméia de atividades mercantis” (Starr, 1991, p. 512). O primeiro caso diz respeito à externalização de determinadas atividades do interior do hospital, como um laboratório médico, que se torna uma empresa autônoma e passa a prestar serviços para outros hospitais. O segundo caso refere-se ao fato de o hospital contratar empresas independentes para suas operações – terceirização –, seja a realização de serviços radiológicos e de patologia, seja a contratação de um grupo de médicos, organizados como empresa profissional ou mercantil, para prestar assistência a determinado grupo de pacientes ou operar a emergência do hospital, por exemplo.

Enfim, um fenômeno que para Starr (1991) e Laurell (1994) apontava naquele momento para algumas tendências da medicina norte-americana e que iria se verificar logo depois nos países latino-americanos. Entre elas, o borramento dos limites entre atividades lucrativas e não-lucrativas; a transferência dos serviços públicos para o controle administrativo ou para a propriedade de corporações privadas; e a maior regulação da assistência médica não tanto pelo setor público, mas pelo próprio setor privado.

Segundo Starr (1991), a oposição dos médicos e hospitais ao controle público paradoxalmente desatou forças empresariais interessadas na revisão da utilização e dos gastos de capital pelas instituições médicas. Por sua vez, o próprio desenvolvimento das empresas corporativas estava exigindo necessariamente a relativa perda da autonomia dos médicos em razão de maior regulação sobre o ritmo e as rotinas de trabalho, e requerendo um certo nível de desempenho medido pela renda gerada ou pelo número de pacientes atendidos por hora. Além disso, sob a administração corporativa, a tendência era haver um escrutínio minucioso dos erros por causa da responsabilidade que poderia recair sobre a empresa por má prática médica. Para esse tipo de empresa, em primeiro lugar está a reputação e a imagem da empresa perante os consumidores.

Essas restrições, particularmente sobre a autonomia médica de indicar procedimentos diagnósticos e uso de medicamentos, estão na base da disputa intercapitalista entre o capital

financeiro e o capital industrial (leia-se da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos) que se exacerba nos anos 1990, e da radicalização do processo de medicalização da sociedade. O capital industrial sempre teve nos profissionais de saúde, em especial nos médicos, os seus aliados centrais para aumentar a demanda de seus produtos e a eles dirigiram por anos suas estratégias de marketing. Assim, também foram os médicos o centro da estratégia de controle administrativo desenvolvida pelas MCOs. Com a limitação dessa fonte de criação de demanda, o capital industrial começou a desenvolver novas estratégias para contrapor as reformas desenvolvidas pelo capital financeiro. Entre elas, a negociação com a seguridade social e seguros privados para modificação dos formulários terapêuticos, incluindo produtos de alta rentabilidade tanto para a indústria farmacêutica como para a de equipamentos; pressão sobre os órgãos reguladores da saúde para aprovação de novos estudos e tratamentos; acordos ou mesmo a compra de cadeias de hospitais especializados, centros de diálise, redes de emergência e outros centros de atenção especializada, para assegurar nichos de consumo de seus produtos; criação e/ou apoio às fundações privadas que prestam serviços aos hospitais estatais com o fornecimento de equipamentos, insumos e medicamentos.

Além disso, começariam a ocorrer a partir da segunda metade dos anos 1990 importantes transformações que, segundo Iriart (2008), são parte desse processo de disputa intercapitalista e têm origem na pressão da indústria farmacêutica e de equipamentos para gerar regulações legais e normas científicas a favor de seus interesses comerciais. Muitas dessas mudanças se fazem no âmbito dos comitês de expertos reunidos por agências estatais ou organismos técnicos internacionais, além de universidades, principalmente norte-americanas, e suas decisões, amparadas na lógica científica dominante, são tomadas como normas universais.

Nesse contexto, certas enfermidades foram redefinidas e novas nosologias foram definidas.¹⁵⁹ Os protocolos clínicos e a medicina baseada em evidência se transformaram em regras a seguir e palavras a invocar, para não ficarem fora do consenso científico hegemônico.

¹⁵⁹ Segundo Iriart (2008), comitês de 'experts' redefiniram na segunda metade dos anos 1990 o conceito de saúde-enfermidade de diversas nosologias e riscos: o nível de glicose para determinar se uma pessoa é diabética passou de >140mg/dl para >126 mg/dl; a pressão arterial alta de >160/ >100 mmHg para >140/>90 mmHg; a definição de hipercolesterolemia de >240 mg/dl para >200 mg/dl; e o sobrepeso medido como índice de massa corporal de >27 kg/m² para >25 kg/m². Essas mudanças na prevalência destas quatro condições permitiram, só nos EUA, o seguinte aumento de casos: diabetes, 14%; hipertensão, 35%; hipercolesterolemia, 86%; e sobrepeso, 42%. Juntamente com essa redefinição de enfermidades e riscos, esses comitês definiram novas enfermidades ou a ampliação de diagnósticos já estabelecidos para incluir mais pessoas: a disfunção da ereção e a consequente promoção de medicamentos como o Viagra; a disfunção sexual feminina e o desejo sexual hipoativo associado à promoção de diferentes medicamentos incluindo o Viagra *off-label*; a desordem pré-menstrual disfórica acompanhado da promoção de uso de antidepressivos. No caso da desordem bipolar, a clássica definição de enfermidade maniaco-depressiva se agregou à desordem bipolar não-específica e à ciclotimia para elas

A aparição e generalização da medicina baseada em evidências, e seus desdobramentos nas políticas, nas intervenções e na saúde pública baseada em evidência, assim como a generalização dos protocolos clínicos, reinstauraram a hegemonia das correntes biologicistas, procedimentos centradas, individualistas, que haviam sido colocadas em questão durante os anos 1960 e 1970 pelas correntes da medicina social/saúde coletiva. (Iriart, 2008, p. 1.623, tradução livre).

Esses processos selaram o círculo virtuoso da cientificidade sob a hegemonia de uma recriada biologização e medicalização. A redefinição de enfermidades e riscos e a definição de novas doenças permitiram que pelo menos 140.630.000 americanos (75% da população adulta) pudessem ser diagnosticados com riscos ou doenças e passíveis de tratamento. Esses diagnósticos são realizados, na sua maioria, por meio de questionários autoadministrados contendo uma lista de sintomas e sinais muito gerais e subjetivos, oferecidos nos portais da internet, nas revistas de divulgação, nas escolas, ou enviados por correio postal para uma lista de pessoas obtidas pelas companhias. Basta marcar alguns poucos sinais e sintomas para receber a recomendação de consultar um médico ou contactar a própria empresa farmacêutica para receber mais informações.

As consequências desse processo são de diversas ordens. Entre elas, Iriart (2008) diz que, ao se etiquetarem milhares de pessoas como potenciais portadoras de enfermidades ou em risco, elas são transformadas em consumidores alertas para reclamar dos serviços de saúde o último diagnóstico e/ou tratamento. Em segundo lugar, esse procedimento encobre que os problemas de saúde mais divulgados não têm suas causas em desordens biológicas, mas são problemas sociais e políticos que ficam intocados. Assim, esse processo acaba reforçando nos usuários individuais uma concepção de saúde-enfermidade-atenção biologicista, centrada em procedimentos e baseada em sinais e sintomas individuais, que não analisam causas, senão diagnosticando e tratando efeitos. Além disso, trata-se de um processo que acaba exercendo uma enorme pressão sobre os órgãos reguladores em saúde para a aprovação de tratamentos com o objetivo de obter a cobertura financeira do Estado, da seguridade social ou dos planos de saúde de pré-pagamento, implicando um crescimento de custos que restringe cada vez mais o acesso a serviços realmente necessários e de comprovada eficácia para a grande maioria da população.

serem medicadas com antipsicóticos. Em relação ao déficit de atenção e à hiperatividade, a indústria farmacêutica promoveu, por meio de revistas de divulgação e programas de televisão, o aumento do papel dos pais e mães no diagnóstico das crianças, induzindo assim o uso de psicoestimulantes.

A ideologia da liberdade de eleição, o mercado como soberano, o indivíduo como último responsável e o estado como mero administrador operam eficientemente para produzir o que as corporações em luta intercapitalista pelo aumento dos lucros necessitam: consumidores 'livres'. (Iriart, 2008, p.1.624, tradução livre).

Entretanto, essa autora diz que para o capital financeiro a administração de serviços de saúde não é a prioridade. Na verdade, o que interessa sobremaneira a esse tipo de capital é administrar o que para Chesnais (1996) é o novo sentido e conteúdo do processo de acumulação de capital, e que passa a ser uma característica do processo de privatização no setor saúde: o controle dos fundos de seguridade social, ou do fundo público, conforme Oliveira (1998). Laurell (1997) também ressalta que esses fundos desempenham papel crucial no novo processo de privatização, não somente para financiar a expansão dos serviços privados, mas porque eles são também grandes fundos financeiros, que representam em torno de 3% a 13% do Produto Interno Bruto (PIB), dependendo do país, o que chega a ter um peso semelhante ou superior a muitas atividades econômicas. Isto explicaria a crescente incursão do capital financeiro na forma de companhias seguradoras no setor saúde, ávido por obter o controle da administração de fundos, principalmente os de aposentadoria, porque seus prazos de depósito são mais longos, mas que se amplia também para outros fundos de seguridade social, como os de moradia e de saúde.

Para lograr essa privatização, de acordo com Laurell (1997), duas condições são necessárias. A primeira é destruir os direitos sociais e a forma pública e solidária de garanti-los, pois a transferência das atividades rentáveis para o setor privado requer mecanismos de inclusão-exclusão ou mecanismos seletivos, incompatíveis com a noção de direitos sociais que é regida pelo princípio de solidariedade. A outra condição, aberta com a eliminação dos direitos sociais, é passar do princípio de solidariedade para o princípio de equivalência, característico do seguro social do 'Estado de Bem-Estar liberal' norte-americano, o que significa que o segurado recebe benefícios equivalentes ao pagamento realizado. Ou seja, substituem-se os fundos comuns e divididos segundo as necessidades de cada um, independentemente da contribuição individual, que caracterizam o 'Estado de Bem-Estar social-democrata', por fundos individualizados cujo critério básico é separar os segurados potencialmente rentáveis dos não-rentáveis, em razão da contribuição de cada um no seguro social. Com isso, fica aberta a possibilidade de expansão das atividades na esfera financeira e/ou controle de setores importantes da economia mediante a compra de pacotes acionários,

isto é, a possibilidade de transformar direitos sociais em capital fictício estabelecendo assim a reprodução ampliada da desigualdade.

Nos Estados Unidos, entre 1980 e 1993, de acordo com Iriart (2008), esses fundos cresceram de US\$ 1,606 bilhão para US\$ 8,008 bilhões. Outro dado se refere aos lucros dos administradores desses fundos e dos agentes das bolsas de valores, que passaram de US\$ 4,8 bilhões em 1975 para US\$ 69,5 bilhões em 1994 – o que comparado com o lucro da Microsoft, em 1994, de ‘apenas’ US\$ 2,2 bilhões, é um montante excepcional. Na segunda metade dos anos 1990, no Governo Clinton, as empresas de atenção gerenciada obtiveram a desregulação dos programas públicos de saúde (Medicaid e Medicare), para entrar como administradoras desses fundos públicos e como contratantes de serviços de atenção médica para os afiliados que se inscreviam nelas.

Todos esses processos começam a ser instituídos nos EUA durante a década de 1980, se expandem e se consolidam nos anos 1990, e têm implicações fundamentais tanto para o conjunto de países capitalistas centrais como também para os países latino-americanos. Como referido, mesmo não se viabilizando politicamente nos EUA, a proposta de *Managed Competition* iria inspirar e ser reinterpretada nas propostas de reforma sanitária europeias que a adotariam como paradigma.

Entretanto, no contexto europeu, particularmente na Inglaterra e na Suécia, apesar do discurso fortemente centrado na necessidade de competição, o que se verifica na prática, diferentemente dos EUA, é o aumento da regulação estatal dos serviços de saúde. Nesses países, a proposta de *Managed Competition* é reinterpretada como ‘Competição Regulada’, também conhecida como modelo do mercado interno e *Contracting Out* (Inglaterra, 1989/1991), e *Public Competition* ou ‘Competição Pública’ (Suécia).

De maneira geral, Almeida (1996, p. 41) identifica, na época, três padrões de transformação estrutural dos sistemas sanitários europeus majoritariamente públicos:

A primeira é a reconfiguração das instituições públicas, previamente financiadas por orçamentos globais, para atuarem como empresas públicas independentes [ou como empresas de direito privado]; ou seja, embora permaneçam de propriedade pública, e mantenham a forma de contabilidade correspondente para seu desempenho, devem atrair mais pacientes (através de contratos negociados e/ou da livre escolha do paciente) para financiar seus gastos;

A segunda se refere aos pagamentos dos clínicos gerais ou dos prestadores de atenção primária (sobretudo médicos), cuja tendência aponta não mais para o assalariamento pelo Estado (...), mas sim para pagamentos através de mecanismos que tentam inter-relacionar reembolso e desempenho através de contratos.

E a terceira diz respeito aos mecanismos que transferem para o controle dos prestadores de atenção primária grande parte dos recursos destinados aos hospitais (...). Tenta-se dessa forma inter-relacionar, supostamente, uma série de objetivos: reduzir as referências

desnecessárias, encorajar maior qualidade e menores custos, melhorar a continuidade do atendimento e – na medida em que os pacientes podem escolher seus agentes ou seu médico clínico geral para a entrada no sistema – dotar os usuários de alguma interferência no processo de decisão sobre seu atendimento.

Em relação ao *Managed Care* ou ‘assistência médica administrada’, a partir do final da década de 1980 ele se expandiria para a América Latina com o patrocínio do Banco Mundial (Almeida, 1996; Iriart *et al.*, 2000). No ano 2000, seria incorporado no *Informe sobre a Saúde no Mundo* da Organização Mundial da Saúde (OMS) como exemplo de medida que privilegia o fortalecimento da atenção primária em saúde e evita os tratamentos desnecessários, principalmente a hospitalização, mediante a associação entre clínicos gerais e trabalhadores de enfermagem. Tendo como pressuposto a diminuição dos custos, o documento diz que “a maior dependência desse tipo de pessoal [enfermagem] forma o núcleo dos programas atuais de reforma de muitos países desenvolvidos” (OMS, 2000, p. 17).

4.1.2 O neoliberalismo da Terceira Via e o ‘rejuvenescimento’ da teoria do capital humano

A matriz neoliberal se desenvolve nos anos 1980, mas só se transforma na nova ortodoxia com a articulação em torno do que ficou conhecido como o ‘Consenso de Washington’ nos anos 1990, sendo subitamente reforçada pelo repentino colapso do sistema político e econômico soviético em 1989-1991 e seus desdobramentos: o fim da guerra fria, a desintegração da antiga URSS e a queda do muro de Berlim. Um período, como destaca Frigotto (1995), que constitui um marco para o pensamento liberal-conservador proclamar o fim da história, o fim das classes sociais, o fim do trabalho como categoria fundamental para entender a produção do ser humano e para a metamorfose no campo conceitual do conceito de capital humano para a sociedade do conhecimento.

Harvey (2008, p. 72), por sua vez, considera que o maior sucesso do neoliberalismo, decorrente da aliança de forças que o consolidou, talvez resida no fato de tanto Bill Clinton (1993-2001) nos EUA como Tony Blair (1997-2007) na Inglaterra terem ficado “numa situação em que a margem de manobra era tão limitada que não lhes restou alternativa a não ser manter o processo de restauração do poder de classe”. Na verdade, segundo Antunes (2000), quando Tony Blair iniciou o processo de conversão do *Labour Party* em *New Labour*,

em 1994, pretendia se distanciar do conteúdo trabalhista anterior, limitar os vínculos do *New Labour* com os sindicatos e eliminar qualquer vestígio evocativo do socialismo dos estatutos do *Labour Party*, o que ocorre com a eliminação da cláusula 4 da constituição partidária, que se referia à propriedade coletiva. Em seu lugar nasceram a defesa do empreendimento do mercado e o rigor da competição, selando assim a vitória da economia de livre mercado sobre a fórmula anterior.

A retórica *socialista* e a prática *trabalhista* e *reformista* anteriores, que na verdade exprimiam a defesa de uma economia fortemente estatizada e mista, encontraram seu substitutivo na defesa da economia de mercado, mesclando liberalismo com traços da ‘moderna’ social-democracia. Começava então a se desenhar o que posteriormente Tony Blair, respaldado em seu suporte intelectual mais sólido, dado por Anthony Giddens e David Miliband, chamou de ‘Terceira Via’. (Antunes, 2000, p. 96, grifos do autor)

As críticas e denúncias sobre os resultados sociais da aplicação dos programas de ajuste do Banco Mundial e dos planos de estabilização do FMI, que incorporaram as propostas liberalizantes formuladas no ‘Consenso de Washington’ – com a piora acentuada das condições de vida das populações dos países dependentes, o aumento significativo da pobreza e da desigualdade em escala planetária e os perigos que começavam a emergir desse contexto, em associação com o grande desgaste do neoliberalismo thatcherista no âmbito interno –, contribuíram para transformar a Terceira Via numa alternativa para o capitalismo.

Na segunda metade dos anos 1990, das fileiras da social-democracia inglesa, a alternativa envernizada do neoliberalismo passaria a ser o projeto político do ‘moderno’ capital britânico. Mantendo a pragmática e o essencial das propostas neoliberais, a Terceira Via reúne em torno de si o que denomina de ‘esquerda modernizante’ com o objetivo de reformar ou governar o capitalismo por intermédio de mudanças na política e na economia, e na defesa de um projeto para além da esquerda e da direita. Seus representantes promoveram quatro reuniões da ‘Cúpula da Governança Progressiva’ que, até 2002, contou com a participação do presidente brasileiro Fernando Henrique Cardoso e a partir de 2003 passou a contar com a presença do presidente Lula da Silva (Lima e Martins, 2005).¹⁶⁰

¹⁶⁰ As reuniões ocorreram em 1999 (Florença), 2000 (Berlim), 2002 (Estocolmo) e 2003 (Londres). O último encontro contou com as presenças de Lula da Silva (Brasil), Tony Blair (Grã-Bretanha), Gerald Schroder (Alemanha), Thabo Mbeki (África do Sul), Néstor Kirchner (Argentina), Ricardo Lagos (Chile), Jean Chrétien (Canadá), Vladimir Spidla (República Tcheca), Leszez Miller (Polônia), Meles Zenawi (Etiópia), Helen Clark (Nova Zelândia) e Bill Clinton (ex-presidente dos EUA). A síntese aqui esboçada sobre essa doutrina política será baseada fundamentalmente no trabalho de Lima e Martins (2005), autores que fazem sua análise com base em três obras de Anthony Giddens: Para além da esquerda e da direita. O futuro da política radical; A terceira via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia; e A terceira via e seus críticos. Anthony Giddens é sociólogo britânico, professor da Universidade de Cambridge, pai da ‘teoria da estruturação’, teórico da ‘Terceira Via’, tendo sido assessor do ex-primeiro-ministro britânico Tony Blair. De 1997 a 2003 foi

A partir da crítica às teses mais ortodoxas do neoliberalismo ou ao seu ‘fundamentalismo de mercado’, tais como ‘Estado mínimo’, ‘desregulamentação irrestrita’ e ‘individualismo econômico’, mas também do socialismo, apresentado como portador de uma concepção instrumental da história e da natureza, Anthony Giddens propõe um ‘programa político radical’ – um programa “capaz de criar a ‘social-democracia modernizada’ e reordenar a política, a economia e as relações entre os indivíduos, ou seja, administrar a crise do sistema e instaurar um novo projeto de sociabilidade extensivo a todas as partes do mundo” (Lima e Martins, 2005, p. 48).

A ideia central é criar uma nova ideologia com base em três noções capazes ao mesmo tempo de viabilizar a manutenção das relações sociais vigentes e criar uma nova sociabilidade capitalista. A primeira diz respeito à ‘nova ordem pós-tradicional’; a segunda se refere ao fenômeno denominado de ‘globalização intensificadora’; e a terceira, à ‘expansão da reflexividade social’. Para Anthony Giddens, ao contrário da ‘sociedade tradicional’, na qual imperava a normatização da existência humana de forma rígida e fundamentalista, estaríamos vivendo numa ‘sociedade pós-tradicional’ marcada pela incerteza, por profundos descontroles, pelo esgotamento das verdades e sua capacidade para explicar e orientar a intervenção na realidade.¹⁶¹ Baseando-se no pensamento durkheimiano, ele recupera então um elemento político fundamental do liberalismo, o de “uma moralidade individual e social [baseada no] diálogo como fundamento da lógica de conciliação dos (inconciliáveis) interesses de classe” (Lima e Martins, 2005, p. 49), que ao mesmo tempo reconheça a dimensão social e coletiva e também a importância da liberdade individual.

A ‘globalização intensificadora’ diz respeito fundamentalmente à intensificação da comunicação global instantânea e do transporte de massa e seus efeitos no plano cultural, tais como mudanças de hábito, costumes, estilos de vida dos indivíduos e comunidades. Considerada por Giddens mais importante do que os efeitos nos planos econômico e financeiro, a dimensão cultural induz a assunção de valores e hábitos universalistas, de

diretor da London School of Economics. Bourdieu e Wacquant (2001, p. 6) o caracterizam como um “trânsfuga do mundo universitário agora a serviço dos dominantes, cujo serviço é dar forma acadêmica aos projetos políticos da nova nobreza de Estado e da empresa”.

¹⁶¹ Nesse ponto de vista, as teses de Anthony Giddens compõem o espectro de análises de variadas origens que, por caminhos diversos, desembocam na questão do ‘desaparecimento’ das classes sociais e no problema da superação do capitalismo. Frigotto (1995), no âmbito dessa discussão, procede a uma análise das teses de Claus Offe, em *Trabalho: a categoria chave da sociologia?* (1989); Adam Schaff, em *Sociedade Informática* (1990); e Robert Kurz, em *O colapso da modernização – da derrocada do socialismo de caserna à crise da economia mundial* (1992), principalmente no capítulo 3. Para uma discussão sobre a questão da verdade, consultar o texto *História e verdade* de Virginia Fontes, in: Frigotto e Ciavatta (Orgs.), 2001, p. 107-120.

identidades locais mais abertas e amplas. De uma só tacada, indica com essa noção a inevitabilidade da mundialização financeira apresentada como uma ‘aldeia global’ em que todos têm acesso a tudo (mercadorias, informações etc.), bem como nega o aprofundamento da hierarquização entre os países e, conseqüentemente, a centralização da riqueza e as desigualdades que acompanham o processo de mundialização.

A terceira noção, denominada de ‘expansão da reflexividade social’, trata especialmente do

uso de informações sobre as condições de atividade como um meio de reordenar e redefinir regularmente o que essa atividade é. Ela diz respeito a um universo de ação onde os observadores sociais são eles mesmos socialmente observados; e, hoje em dia, ela é verdadeiramente global em sua abrangência. (Giddens, 1996, *apud* Lima e Martins, 2005, p. 50)

Essa formulação tem dois desdobramentos implícitos e associados. O primeiro sugere a emergência de um ‘mundo de pessoas inteligentes’ e ativas no plano social, que de posse do conhecimento e de informações teriam maior capacidade não só de controlar, mas também de filtrar e atuar com base em informações relevantes. O segundo desdobramento mostra a necessidade de se construir uma ‘sociedade civil ativa’, isto é, homens e mulheres bem informados e educados que, de sujeitos históricos, passam a ser atores sociais detentores de uma nova postura expressa na prestação de serviços e não na reivindicação coletiva de direitos.

Para Lima e Martins (2005), tais formulações de Anthony Giddens são prenes de conseqüências. No plano teórico, essa última noção o aproxima dos teóricos da ‘sociedade da informação’, para os quais a categoria ‘trabalho’ perde a centralidade e a existência das classes sociais é desconsiderada, minimizando o fato de que o aumento da influência da informação não transforma o capitalismo numa ‘sociedade da informação’. A ‘sociedade do conhecimento’, como também é denominada, não altera a natureza da reprodução do capital sob o capitalismo. Ela continua sendo uma sociedade de classes economicamente regulada pela lei do valor e socialmente assentada na extração da mais-valia, daí que o manejo e a distribuição do conhecimento se regem pelo mesmo parâmetro das regras dominantes em outras atividades sociais.

No que se refere aos Estados Nacionais, para a Terceira Via eles continuam sendo fundamentais tanto no plano internacional como no nacional. Entretanto, nem é o Estado interventor, nem o Estado neoliberal clássico; é um Estado ‘necessário’.

Na construção teórica da Terceira Via, Estado e governo se (con)fundem em uma única dimensão, expressando-se como *locus* do exercício do poder, como propõe o liberalismo. Com esse ponto de partida conceitual, a Terceira Via advoga que ‘o novo Estado democrático’ não pode ser mantido como burocrático e sufocante. Não pode ser nem Estado mínimo nem Estado máximo, mas sim um Estado ‘forte’ ou um Estado ‘necessário’. A renovação do aparelho estatal se daria pela incorporação e desenvolvimento dos seguintes aspectos: descentralização administrativa, democratização, transparência, eficiência administrativa, espaços de participação e a função reguladora dos riscos sociais, econômicos e ambientais. (Lima e Martins, 2005, p. 51)

Assim, a governabilidade ou governança é entendida como a capacidade de sintonizar e articular as ações do Estado ‘necessário’ com os organismos de uma sociedade civil ativa – organizações não-governamentais (ONGs) e instituições privadas nacionais e internacionais –, que para os autores está na base e fundamentação do conceito de público não-estatal. Além disso, a governança pressupõe capacidades administrativas ou reguladoras e mesmo a de renovar e reordenar uma nova ‘cultura cívica’, ou seja, dirigir a sociedade civil com base em certas diretrizes, tais como desenvolver ações em parceria com o Estado; incentivar a auto-organização por grupo de interesses; potencializar as comunidades na resolução dos seus problemas; e promover um pacto social para a solução pacífica dos conflitos.

Segundo Lima e Martins (2005), esses pressupostos orientam os princípios e as estratégias políticas da Terceira Via, visando à criação de uma nova sociabilidade capitalista para o século XXI. Os princípios mais importantes são três: a ‘reinvenção da sociedade civil’, a ‘reforma da aparelhagem estatal’ e o ‘individualismo como valor moral radical’.

A Terceira Via apresenta a recriação da sociedade civil como um imperativo ético e político, uma vez que o mundo atual não é controlado rigidamente pelo poder do homem; ao contrário, é um ‘mundo de incertezas’ que gera constantes alterações na política. Desse ponto de vista, a reinvenção significa abrir espaço para a ‘restauração das solidariedades danificadas’ e para a promoção da ‘coesão cívica’ ou ‘coesão social’, o que supõe a disseminação de posturas mais harmônicas, flexíveis, dialógicas e cooperativas que permitam enfrentar o ‘mundo das incertezas’ e a mudança de paradigmas na filosofia, na ciência, na política e na ética. A ‘sociedade civil ativa’, dessa forma, seria o lugar da ajuda mútua, da solidariedade, da colaboração e da harmonização das classes sociais por meio de novos organismos sociais dissociados da velha ideia da filantropia ou dos antagonismos típicos do ‘mundo das polaridades’, cujo exemplo seriam as experiências organizativas que despontam por fora das relações de produção (raça, etnia, gênero etc.). Entre suas atribuições estão a proteção da esfera pública estatal e o incentivo ao envolvimento dos indivíduos e grupos

sociais, articulando liberdade individual com solidariedade e responsabilidade social para a criação de um sistema moral capaz de garantir o pleno exercício da ‘cidadania renovada’ e a harmonização social.

Essas referências indicam que, no âmbito da teorização proposta, a sociedade civil constitui-se em uma instância que possui materialidade, uma força própria e portadora de um elevado grau de autonomia e independência do processo histórico. Seria o novo agente histórico por excelência, em lugar das classes sociais polarizadas. Atuaria, nessa lógica, sem chão histórico, apenas em função da vontade. (Lima e Martins, 2005, p. 53)

Entretanto, para esses autores, tal princípio não oferece os elementos necessários para se compreender a realidade em toda a sua complexidade e contradição. Em primeiro lugar, porque ele toma uma manifestação da totalidade – os ‘novos movimentos sociais’ analisados por Harvey (2008), ou o exuberante desenvolvimento das organizações não-governamentais – como a própria realidade e não como síntese de múltiplas determinações, o que permite idealizar a sociedade civil como esfera autônoma do mercado e do Estado – um espaço de colaboração e promoção do bem comum e não palco de realização da história, que envolve e expressa o conjunto das relações materiais entre os homens como na tradição marxiana.¹⁶² Em segundo lugar, por seu alto grau de generalidade e abstração, acaba confundindo mudanças nas relações de força com mudanças nas relações sociais – o que, se por um lado, não permite apreender-se a dinâmica do real, por outro permite-se concluir que no capitalismo contemporâneo não há lugar para antagonismos de classe.

É nessa perspectiva que Anthony Giddens discute a reforma do Estado ou da aparelhagem estatal. Para ele, as formas de Estado inspiradas no *Welfare State* se esgotaram política e economicamente em face dos desafios do mundo contemporâneo, exigindo assim

¹⁶² A crescente socialização da política que ocorre no ‘ocidente’, em decorrência da conquista do sufrágio universal, da criação de grandes partidos políticos de massa e da ação de numerosos e potentes sindicatos, leva Gramsci a efetivar a ampliação do conceito de Estado em Marx. Ele distingue no interior da superestrutura duas esferas: a ‘sociedade civil’ e a ‘sociedade política’. Com ele, diferentemente de Marx, o termo ‘sociedade civil’ não designa a ‘base material’ ou a ‘infraestrutura’, mas é um momento ou esfera da superestrutura. Enquanto a ‘sociedade política’ designa o conjunto de aparelhos pelos quais a classe dominante detém e exerce o monopólio legal da violência, compondo-se portanto dos aparelhos coercitivos do Estado (forças armadas e policiais), a ‘sociedade civil’ designa o conjunto das instituições responsáveis pela representação dos interesses de diferentes grupos sociais e da elaboração e/ou difusão de valores simbólicos e de ideologias (sistema escolar, igrejas, partidos políticos, organizações profissionais, meios de comunicação, instituições de caráter científico e artístico etc.). Essas duas esferas se distinguem pela função que exercem na organização social e servem para conservar ou transformar uma determinada formação econômico-social, de acordo com os interesses de uma classe social fundamental no modo de produção capitalista. Entretanto, o modo de encaminhar a conservação ou a transformação é diferenciado. No âmbito da ‘sociedade civil’, as classes buscam exercer sua hegemonia, ou ganhar aliados para seus projetos, por meio da direção e do consenso. No âmbito da ‘sociedade política’ ou do ‘Estado-coerção’, ao contrário, se exerce sempre uma ‘ditadura’ ou uma dominação fundada na coerção. Para aprofundar a discussão, ver Coutinho (1996), p. 13-69. Ainda sobre a relação infraestrutura e superestrutura, consultar Wood (2003), p. 51-72. Ver também sobre o conceito de sociedade civil o texto de Fontes, (2006), p. 201-239.

uma reestruturação em termos jurídicos, políticos e econômicos. Nessa reestruturação, ao mesmo tempo que a Terceira Via compartilha e adota os princípios da doutrina (neo)liberal, ela amplia a teoria liberal de Estado.

Enquanto os teóricos clássicos dessa corrente acreditavam que o poder só se efetiva dentro do Estado e a partir dele, essa doutrina política afirma ser a sociedade civil a 'parceira' do Estado na obtenção da coesão social. Nessa teoria liberal de Estado 'ampliada', a Terceira Via reafirma o Estado como 'o responsável pela criação da sociedade civil', 'como encarnação da vontade coletiva geral', e 'como o reino do universal' e acrescenta a noção de parcerias entre as esferas do político e do social, acreditando criar, assim, uma ligação daquilo que permanecia desconectado no liberalismo. Nessa perspectiva teórica, o instrumento central seria a chamada 'democracia dialógica' e os objetivos primordiais seriam a expansão de uma nova economia, denominada de 'economia mista'. (Lima e Martins, 2005, p. 58)

Ao considerar o Estado como um ser em si mesmo e não como síntese de múltiplas mediações cuja origem está localizada nas relações sociais concretas, os autores dizem que na verdade essa concepção teórica é funcional às estratégias burguesas de elaboração de uma nova pedagogia da hegemonia. É um modelo de Estado que tem como elementos decisivos para sua ação a definição de um marco regulatório mais flexível e uma estrutura menos burocrática visando atender dois objetivos simultâneos: impulsionar a economia capitalista e repolitizar a política.

No plano econômico, os objetivos são manter a inflação baixa, limitar os empréstimos governamentais e utilizar medidas de incentivo fiscal para fomentar o crescimento e elevar o nível do emprego. Para a Terceira Via, uma economia forte pressupõe uma sociedade forte, mas isso não significa o retorno ao intervencionismo estatal nem o planejamento de grande porte, minuciosamente definido, coercitivo e totalizador nos campos social, político, econômico e cultural. A capacidade de planejar deve estar a serviço da eficiência, do envolvimento das organizações na solução de seus próprios problemas em parceria com o Estado e do desenvolvimento da iniciativa privada como forma de incentivar a livre concorrência. Aliás, a defesa da parceria público-privado é um traço distintivo da Terceira Via, destinada tanto ao incentivo da eficiência e agilidade do mercado ou das empresas para a cobertura de diversas ações em obras e serviços quanto ao envolvimento das assim chamadas organizações não-governamentais (ONGs) na provisão de bens sociais. Além disso, o Estado deve desenvolver uma grande capacidade de regular, por meio de leis modernas, as atividades que representam riscos para a sociedade – dentre as quais, podemos incluir as atividades de saúde.

Quanto à repolitização da política, a ideia central é a criação de uma nova subjetividade e de novos sujeitos políticos coletivos que assumam a responsabilidade social por ações até então restritas à aparelhagem estatal; que eliminem as resistências à ordem burguesa; e que disseminem os valores dessa doutrina. “É nessa direção que o Estado da Terceira Via assume sua função educativa” (Lima e Martins, 2005, p. 59) e uma de suas principais tarefas: promover a concertação social.

Segundo a Terceira Via, os indivíduos estariam profundamente desiludidos com os partidos políticos, os governos e os sindicatos em razão do distanciamento destes da sua vida cotidiana. Da mesma forma, os movimentos emergentes organizados em torno das ONGs, que se dedicam a questões políticas específicas (meio ambiente, condição da mulher, direitos civis, direitos trabalhistas, eliminação da pobreza etc.), deveriam ser interpretados tanto como expressão do esgotamento da política tradicional de tipo fordista quanto como portadores de uma dimensão emancipatória capaz de renovar a política e construir relações sociais mais dialógicas e menos conflitantes.

Assim, o ‘novo Estado democrático’ deveria incentivar e aprofundar o surgimento dessas organizações com a definição de espaços de participação no interior da aparelhagem estatal e da incorporação destas à sua estrutura por meio de parcerias, visando à criação de uma ‘confiança ativa’ e de um equilíbrio entre indivíduos e a nova política, fortalecendo assim os laços de convivência pacífica e construtiva. Nesse contexto, o papel pedagógico do Estado seria fundamental para impulsionar uma ‘nova cultura cívica’ com a reorganização da sociedade civil, permitindo desse modo a consolidação da coesão e do empreendedorismo social, além da ação voluntária dos indivíduos.

Para a realização dessa tarefa educativa, a Terceira Via propõe uma estratégia baseada na promoção de um novo pacto social ou num acordo baseado na mudança do estilo de vida. No plano interno, esse pacto envolve uma série de questões desde a redefinição sociopolítico-econômica das famílias e comunidades, incluindo reformas nas áreas trabalhista e social (previdência, saúde, educação e assistência), até o incentivo à economia de mercado e a expansão das organizações da sociedade civil. No plano externo, envolve um novo reordenamento mundial com ênfase na governança da economia global, na gestão ecológica, no controle do poder empresarial e na promoção da democracia transnacional.

Lima e Martins (2005) dizem que no interior desse pacto social proposto pela Terceira Via a ‘nova política de liberdade para o indivíduo’ assume uma relevância estratégica para a

estruturção de poder. “Definida como resposta ao novo individualismo estimulado pela globalização cultural, essa nova política voltada ao indivíduo é apresentada como peça-chave para a edificação da sociedade civil ativa e do novo Estado democrático” (Lima e Martins, 2005, p. 60). O ‘novo individualismo’, nessa concepção, não só se constitui como uma reatualização de um dos fundamentos centrais do liberalismo, o ‘individualismo como valor moral radical’, como amplia a própria noção de indivíduo, pois pressupõe o associativismo dentro dos limites dos interesses específicos.

Para Hayek (1987, *apud* Lima e Martins, 2005, p. 60),

cada pessoa só se pode ocupar de um campo limitado, só se dá conta da premência de um número limitado de necessidades (...) [e] os limites dos nossos poderes de imaginação nos impedem de incluir em nossa escala de valores mais que uma parcela das necessidades da sociedade inteira.

Mas, para a Terceira Via, no mundo globalizado, o indivíduo vem demonstrando que é capaz de ampliar seus interesses, de se ocupar com um número maior de questões ou mesmo de questões mais complexas, ainda que sem ser capaz de se envolver com todas as demandas da sociedade. Portanto, para Lima e Martins (2005), quando a Terceira Via defende a idéia de que o ‘indivíduo renovado’ seria capaz de ir além de seus limites de poder de imaginação sem que isso significasse uma perda de sua capacidade de autogoverno, ela incorpora e amplia a concepção de individualismo do pensamento (neo)liberal.

O ‘indivíduo renovado’ é apresentado como um indivíduo mais inteligente, sensível, flexível e aberto às influências de um mundo globalizado e às incertezas, tratando assim de reconciliar a autonomia com sua interdependência nas diversas esferas da vida social, inclusive na econômica. Com esse condicionamento cultural, o indivíduo estaria mais apto do que antes a compartilhar valores e participar de organizações sociais em seu universo de pertença e ligadas à sua identidade não-econômica.

Por suas características, é possível afirmar que essa concepção tem como objetivos práticos: (i) construir uma certa consciência política que não permita ao indivíduo compreender seu real papel sociopolítico-econômico no mundo a partir de sua posição nas relações de produção; (ii) induzir a percepção de que seus valores são gerados pela ‘capacidade suprema de se autogovernar’ e que é possível definir e realizar os próprios objetivos e metas, independentemente das condições concretas que o envolvem; (iii) orientar e estimular a possibilidade de associação a um outro indivíduo ou a pequenos grupos próximos para participação em processos políticos mais simples. Pretende-se romper, dessa forma, com a apatia política e o isolamento e criar os pressupostos necessários a um tipo determinado de participação na vida social e política, sem que isso signifique incentivo a níveis mais elevados de consciência política e a senso de pertencimento a uma classe social. (Lima e Martins, 2005, p. 61-62)

Mediante essas formulações, a Terceira Via articula duas noções: capital social e capital humano. A noção de capital social designa “a capacidade de articulação dos grupos de pessoas ou de toda uma comunidade local, na busca de solução de seus problemas mais imediatos” (Lima e Martins, 2005, p. 62), sendo utilizada junto com as noções de ‘pobreza’ e de ‘desenvolvimento social sustentado’ para orientar a definição das políticas sociais neoliberais focalizadas. Segundo a Terceira Via, o desenvolvimento desse capital seria capaz de reverter a situação de pobreza das comunidades e gerar atitudes não passivas diante de um Estado incapaz de atender a demandas de cunho universalizante, por meio da mobilização social dos grupos e de parcerias com a aparelhagem estatal.

Trata-se de uma concepção cunhada no modelo de Estado neoliberal e que tem por objetivo educar as frações da classe trabalhadora para uma nova realidade em que as políticas sociais universais não responderiam positivamente às necessidades e capacidades das pessoas. (...) Por essas características, o ‘capital social’, associado ao ‘capital humano’, seria o remédio para minimizar os efeitos perversos e degradantes inerentes ao modo de produção capitalista na sua fase atual e, ao mesmo tempo, introduzir estrategicamente novas referências sociais. (Lima e Martins, 2005, p. 63).

Para a construção dessas novas referências sociais de que falam esses autores, a educação escolar assume no interior do projeto da Terceira Via uma função estratégica visando à formação de intelectuais responsáveis por cimentar essas novas relações entre os homens. Assim, ela precisaria ser redefinida, não só para potencializar a capacidade de trabalho e a produtividade individual (‘capital humano’) como também para desenvolver uma nova cultura cívica e as “capacidades que os indivíduos poderão desenvolver ao longo da vida”, com ênfase no “desenvolvimento de competência cognitiva e emocional” (capital social) (Giddens, 2001, *apud* Lima e Martins, 2005, p. 64). Em outras palavras, uma educação que difundisse novos modos de pensar, sentir e agir de forma acrítica e conforme essa concepção burguesa de mundo, e que iria exercer uma influência marcante nas reformas educacionais realizadas sob a égide da pedagogia das competências (Ramos, 2001).

Segundo Lima e Martins (2005), essas estratégias apontam tanto para a redefinição do processo formativo e do perfil humano demandado pelo estágio atual do capitalismo monopolista como também para a restrição potencial das possibilidades de difusão da contra-hegemonia no espaço escolar.

Assim, temas antigos, como ‘cidadania’, ‘igualdade’, ‘participação’, ‘democracia’, e novos, como ‘empreendedorismo’, ‘voluntariado’, ‘responsabilidade’, dentre tantos outros, são

tratados sob uma abordagem pedagógica que os distancia do conflitivo e antagônico processo de construção social que os define. Trata-se de uma ação orientada por uma concepção pedagógica que procura criar novas ancoragens teóricas e simbólicas responsáveis por estabelecer mediações entre sujeito e realidade social em uma perspectiva de conservação das relações sociais. (Lima e Martins, 2005, p. 65)

Como demonstra Frigotto (1995, p. 145, grifo do autor), com base em uma ampla revisão da literatura nacional e internacional, “o ajuste neoliberal se manifesta no campo educativo e da qualificação por um revisitar e ‘rejuvenescer’ a *teoria do capital humano*, com um rosto, agora, mais social”, tendo em vista os problemas e contradições do capital na busca da redefinição de um novo padrão de acumulação com a crise de organização e de relação fordista. É no contexto de intensa exclusão dos trabalhadores manifestada pelo crescente desemprego estrutural que se dá a súbita valorização da dimensão humana do trabalhador, de sua qualificação e participação, fundamentando-se na ‘sociedade do conhecimento’ e na ‘pedagogia das competências’.

Esse ‘rejuvenescimento’ está intimamente associado à nova materialidade das relações intercapitalistas, particularmente as transformações que começariam a se operar nas grandes corporações transnacionais a partir dos anos 1970, baseadas em novas estratégias de acumulação de capital. A mudança na base técnico-científica do processo e conteúdo do trabalho, mediante, sobretudo, a recomposição orgânica do capital com a substituição de tecnologia fixa por tecnologia flexível; o acelerado aumento do trabalho morto em detrimento do trabalho vivo; a reestruturação empresarial; a combinação das forças de trabalho e estruturas financeiras; a ampla difusão das tecnologias de informação e comunicação (TICs); e a generalização da utilização diretamente produtiva da ciência e da tecnologia que permeariam, cada vez mais, as atividades cotidianas estão entre os elementos que fazem emergir a categoria de ‘sociedade do conhecimento’.

Segundo Frigotto (1995), trata-se de uma nova roupagem, ou melhor, de uma metamorfose no campo conceitual da ‘velha’ teoria do capital humano que, juntamente com o capital social e outras categorias – ‘educação para a competitividade’, ‘qualidade total’, ‘formação abstrata e polivalente’, ‘pedagogia das competências’ e ‘empregabilidade’ –, ao mesmo tempo que mascaram as relações sociais tornam-se importantes para as estratégias de manutenção da dominação sob o capitalismo.

A idéia-chave da teoria do capital humano, conforme exposta no capítulo anterior, é de que um acréscimo marginal de instrução, treinamento e educação corresponde a um acréscimo marginal da capacidade de produção. Uma determinada quantidade de conhecimentos,

habilidades e atitudes adquiridas funciona como potencializadora da capacidade de trabalho e de produção. É desta suposição que deriva a ideia de que o investimento em ‘capital humano’ é um elemento determinante para o aumento da produtividade e de superação do atraso econômico no plano geral do desenvolvimento das nações, ao mesmo tempo que passa a explicar as diferenças individuais de produtividade e de renda – consequentemente, de mobilidade social.

Da mesma forma, no contexto das últimas três décadas do século XX, quando se verifica uma alteração importante das bases materiais e organizacionais da produção em nível global, a ideologia da ‘sociedade do conhecimento’ ou ‘sociedade da informação’ passa a ideia de que o grande diferencial entre riqueza e pobreza – seja das nações, seja dos indivíduos – é o conhecimento, uma vez que as economias estão se baseando cada vez menos no trabalho e cada vez mais no conhecimento. É um conceito que cresce à sombra das teses do fim das ideologias, do trabalho e da história, e se firma na medida em que, tal qual a teoria do capital humano – embora de forma mais sutil e, nesse sentido, mais violenta –, omite as relações de classe e de poder que determinam como esse conhecimento/informação se produz, se processa e se distribui (Frigotto, 1995; Neves e Pronko, 2008). Conforme Bourdieu e Wacquant (2001, p.1),

[a] difusão dessa nova vulgata planetária – da qual estão notavelmente ausentes capitalismo, classe, exploração, dominação, desigualdade, e tantos vocábulos decisivamente revogados sob o pretexto de obsolescência ou de presumida impertinência – é produto de um imperialismo apropriadamente simbólico: seus efeitos são tão mais poderosos e perniciosos porque ele é veiculado não apenas pelos partidários da revolução neoliberal – que, sob a capa da ‘modernização’, entende reconstruir o mundo fazendo tábula rasa das conquistas sociais e econômicas resultantes de cem anos de lutas sociais, descritas, a partir dos novos tempos, como arcaísmos e obstáculos à nova ordem nascente – porém também por produtores culturais (pesquisadores, escritores, artistas) e militantes de esquerda que, em sua maioria, ainda se consideram progressistas.

Para Frigotto (1995), os novos conceitos que se articulam à categoria mais geral ‘sociedade do conhecimento’ – qualidade total, trabalho participativo, formação flexível, abstrata e polivalente, competência, empregabilidade etc. – se reduzem fundamentalmente aos elementos básicos do capital humano: as dimensões cognitivas (conhecimento abstrato) e valores, atitudes e comportamento. Entretanto, por necessidades do capital, passam a ser exigidas uma base maior de características psicossociais e a participação subordinada, e para aqueles que têm emprego fixo e atuam num esquema de reconversão tecnológica, um nível mais elevado de escolaridade.

Nesse último aspecto, Frigotto (1995) destaca que a exigência de maior tempo de formação tem uma base material concreta. Ela se expressa nas mudanças da tecnologia de base mecânica e eletromecânica por tecnologias de base microeletrônica que, mediante a informatização e a robotização, permitem ampliar a capacidade intelectual associada à produção e mesmo substituir, por autômatos, grande parte das tarefas dos trabalhadores.

Desse ponto de vista, existem dois aspectos que ajudam a entender por que o capital depende de trabalhadores com maior capacidade de abstração e de trabalho em equipe. Em primeiro lugar, porque esse padrão tecnológico se baseia em sistemas informatizados que projetam o processo de produção com modelos de representação do real e não com o real. Assim, quando operam sobre alguma matéria-prima que não seja homogênea, esses modelos podem apresentar problemas que comprometem todo o processo. “A intervenção direta de um trabalhador com capacidade de análise torna-se crucial para a *gestão da variabilidade e dos imprevistos produtivos*” (Frigotto, 1995, p. 154, grifo do autor). Em segundo lugar, esses sistemas são altamente integrados; portanto, os imprevistos e os problemas não atingem apenas um setor do processo produtivo, mas o seu conjunto. Nesse contexto, o trabalhador parcelar do padrão taylorista-fordista constituiu-se em entrave. O ‘novo tipo’ de trabalhador, diferente do trabalhador fordista, tem não só que ser capaz de identificar e de resolver os problemas e os imprevistos, mas de resolvê-los em equipe.

Portanto, a vulnerabilidade e a complexidade dessa nova base técnica forçaram o capital a se interessar e a demandar qualidades sociopsicológicas do trabalhador coletivo por meio dos chamados sistemas sociotécnicos de trabalho em equipes, dos círculos de qualidade etc., o que implica maior tempo de formação.

Não por acaso, é nesse contexto marcado pela eliminação de postos de trabalho – ou de desemprego estrutural – e redefinição dos conteúdos do trabalho, de um lado, e pela fragilidade dos laços de identidade social, pela retração dos direitos sociais e pelo acirramento do individualismo, de outro, que emerge a noção de competência associada à noção de empregabilidade.¹⁶³ O estudo de Ramos (2001) indica que o surgimento do modelo de

¹⁶³ A noção de competências é polissêmica, e várias definições são conferidas a ela. Como categoria ordenadora das relações de trabalho, a competência geralmente é definida como a conjugação de diversos saberes mobilizados pelos indivíduos – conhecimentos, habilidades e valores – na realização de uma atividade, principalmente diante de um evento imprevisto ou inédito. A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) a define como uma unidade configurada pelo aprender a conhecer (saber), pelo aprender a fazer (saber-fazer) e pelo aprender a ser (saber-ser), uma matriz que influenciaria fortemente os movimentos de reforma da educação em toda a América Latina nos anos 1990 (Ramos, 2001). A noção de empregabilidade, por sua vez, tem sido comumente compreendida como a capacidade de o indivíduo manter-se ou reinserir-se no mercado de trabalho a partir do desenvolvimento de competências que o tornem capaz de competir com todos aqueles que disputam um emprego e lutam por ele. Ver verbetes ‘Avaliação por Competências’,

competência tem relação direta com as transformações produtivas, principalmente com a generalização do modelo japonês de produção flexível, que impulsionaria novas estratégias competitivas, incluindo a inovação em tecnologia, a gestão de recursos humanos e a mudança de perspectivas dos atores sociais da produção. Ao mesmo tempo, ele vem acompanhado de um reordenamento social das profissões, que suscita dúvidas quanto à sobrevivência de profissões bem delimitadas num contexto de instabilidade e insegurança social, associado a novas concepções do trabalho baseado na flexibilidade e na reconversão permanente do emprego.

Enquanto o desemprego é um problema social concreto, determinado pelo conjunto de mudanças econômico-políticas engendradas pela doutrina neoliberal, deslocam-se as possibilidades de sua superação pelo aumento de escolaridade e da qualificação, ou especialmente pela aquisição permanente e renovável de competências verificáveis na ação do trabalho. Assim, ambas as noções – competência e empregabilidade – cumprem uma função ideológica na medida em que ocultam a essência do fenômeno do desemprego, da pobreza, da desigualdade e da exclusão social. A noção de empregabilidade é coerente com essa realidade, pois coloca sob a responsabilidade do indivíduo a manutenção das suas competências para se manter ou arranjar outro emprego. Um trabalhador ‘não-empregável’ é um trabalhador não formado para o emprego, despreparado para acompanhar as mudanças do mundo do trabalho; em síntese, não competente. Assim sendo, o acesso (ou não) ao emprego depende da sua vontade individual de formação permanente de novas competências sempre renováveis, que o habilitem a se inserir num mercado de trabalho em constante mutação.

Nessa lógica, tanto o capital humano rejuvenescido como o capital social ressignificado¹⁶⁴ seriam estimulados pela Terceira Via e pelos organismos internacionais como estratégias de desenvolvimento social, perante a constatação do aumento da miséria e das desigualdades e dos consequentes riscos à paz social nos países dependentes, particularmente na América Latina.

Para Lima e Martins (2005), o que confere unidade aos diversos elementos teóricos é o conceito de democracia da Terceira Via. Entendida como ‘regime de governo’ (democracia formal) combinado com formas de ‘participação’ popular (democracia dialógica), à prática

‘Certificação de Competências’, ‘Currículo por Competências’ e ‘Pedagogia das Competências’, de autoria de Marise Nogueira Ramos, e o verbete ‘Empregabilidade’, de autoria de Ramon de Oliveira, in: Lima e Pereira (2009).

¹⁶⁴ A noção de ‘capital social’ passou a ser difundida por intelectuais americanos (Francis Fukuyama, James S. Coleman e Robert D. Putnam) no início dos anos 1990 e foi retomada por Anthony Giddens na sua proposta de ‘nova social-democracia’. Ver verbete ‘Capital Social’, in: Lima e Pereira (2009).

democrática caberia conciliar os inconciliáveis interesses históricos das classes para consolidar a legitimação social sob o signo da sociedade ‘pós-tradicional’. Ela pressupõe a mobilização e o alargamento da confiança entre os indivíduos, maior intercâmbio de emoções, ideias e reflexões, ao mesmo tempo que ressignifica as formas de participação e o sentido histórico da política e das lutas sociais. Assim, para Lima e Martins (2005), a noção de democracia da Terceira Via busca aperfeiçoar as relações de poder dominante que aparecem dissociadas e independentes das relações econômicas, com regras próprias e asseguradas por seus estatutos jurídicos – reforçando, tal qual o liberalismo, o processo de isolamento do produtor dos meios de produção e despolitizando o econômico.

Como principais condutores dos interesses sociais do capitalismo mundial, os organismos internacionais, notadamente o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), seriam os responsáveis por aprofundar e consolidar o processo de mundialização do capital, assim como difundir essas noções e estratégias visando à construção dessa nova sociabilidade capitalista. É o que procuraremos esboçar no próximo item, com ênfase nas ações dirigidas para as áreas de saúde e educação.

4.2 Os ‘novos donos do mundo’ e o ‘novo universalismo’ da saúde

O Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) foram criados em meio à Conferência de Bretton Woods, em julho de 1944, para viabilizar conforme o ‘consenso keynesiano’, na época, o crescimento econômico global e a cooperação internacional por meio da criação de uma economia mundial aberta, baseada no livre comércio, na criação de um clima favorável para o investimento da iniciativa privada nacional e internacional, e no acesso às matérias-primas de que as empresas e os países necessitassem. O FMI foi designado para promover a estabilização das moedas, a liquidez internacional, o equilíbrio interno da balança de pagamentos dos países e a eliminação progressiva das restrições cambiais, vitais para a expansão do comércio e os investimentos internacionais. O BM, fundado inicialmente como um banco para conceder empréstimos e mobilizar capital privado para a reconstrução dos países destruídos pela guerra, passou progressivamente a

encorajar e garantir os investimentos estrangeiros diretos, participando dos empréstimos privados ou investindo seu próprio capital nos países.¹⁶⁵

Em outras palavras, a atuação de ambas as instituições a partir dos anos 1950, mas principalmente no decorrer dos anos 1960 e 1970, contribuiu para provocar um surto de desenvolvimento industrial na América Latina – especialmente no Brasil – e, mais adiante, o que se denominou de ‘crise da dívida externa’: 1) pela facilidade de alguns países em transformar seus investimentos rapidamente em moeda corrente, em decorrência da alta liquidez das finanças internacionais; 2) pelas facilidades de empréstimos intermediados principalmente pelo BM, que procurava criar as condições para os países, inclusive dependentes, pedirem e aceitarem esses empréstimos; e 3) pela facilidade de investir produtivamente esse dinheiro em empresas multinacionais, instaladas principalmente nos países dependentes, produtores de matéria-prima e com mão-de-obra barata e pouco organizada (Melo, 2004).

A Revolução Cubana, em 1958, foi um marco para que a integração americana se tornasse um projeto prioritário do ponto de vista dos interesses norte-americanos e para novas ações com vistas a consolidar a integração dos países latino-americanos ao bloco capitalista. Em 1960, foi criado o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e seu Fundo Fiduciário de Progresso Social, especificamente voltado para o financiamento de áreas negligenciadas pelo FMI e pelo BM. No ano seguinte, 1961, estabeleceu-se a Aliança para o Progresso, oficialmente constituída pela carta de Punta del Este visando apoiar os países nos seus esforços de reforma por meio de recursos financeiros adicionais.

A idéia central [do BID] era abranger as áreas que não estavam suficientemente cobertas pelos programas do Banco Mundial – que preferia investimentos produtivos e com rentabilidade imediata – e muito menos o FMI – mais centrado nos programas de

¹⁶⁵ De início, foi designado como Banco Internacional de Reconstrução e Fomento (Birf) e, mais tarde, por Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Bird). Na Conferência de Bretton Woods houve um acordo tácito entre os participantes, o qual previa a ocupação do cargo de presidente do BM por um cidadão norte-americano, enquanto o diretor-gerente do FMI seria um europeu, o que tem se mantido até os dias atuais. No entanto, apesar de o BM ser uma instituição internacional de caráter corporativo, cujo capital social pertence aos governos membros, o domínio dos EUA é quase total, o que está associado ao fato de a maior parte de suas reservas financeiras ser proveniente desse país. Mas essa influência também se mantém ao longo do tempo por outros mecanismos e estratégias, como a necessidade da aprovação pelo governo americano de candidatos ao cargo de presidente da instituição; o predomínio de cidadãos americanos na cúpula e no *staff* do banco; a utilização majoritária de empresas americanas de consultoria, responsáveis pela avaliação da viabilidade técnica e econômica dos projetos a serem financiados, direcionando a aquisição de bens de capital e insumos às empresas americanas; ou as ameaças, pelo governo americano, de diminuir ou retirar sua contribuição financeira para os fundos do BM. Atualmente, o grupo Banco Mundial é composto pelo Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Bird); a Internacional Development Association (IDA), ou Associação Internacional de Desenvolvimento (AID); a Internacional Finance Corporation (IFC), ou Cooperação Financeira Internacional (CFI); e a Agência de Garantia de Investimentos Multilaterais (MIGA), além de uma multiplicidade de agências e escritórios funcionando em todo o mundo (Rizzotto, 2000; Melo, 2004).

estabilização econômica – criando, assim, novas condicionalidades para estes empréstimos. Os recursos para os projetos de agricultura, saneamento, desenvolvimento urbano, saúde e educação adquirem, assim, uma importância crescente no financiamento do desenvolvimento da América Latina. (Melo, 2004, p. 88)

No entanto, o BM, a partir dos anos 1970, também começou a abranger, concomitantemente às suas ações voltadas para o financiamento da infra-estrutura dos países, iniciativas no setor social, particularmente nas áreas de educação e saúde. Ou seja, a ‘questão social’ daí em diante passou a ser incorporada no marco teórico e ideológico do BM, uma vez que, apesar do crescimento econômico experimentado por alguns países dependentes, promovido em grande parte com a ajuda do BM, a realidade demonstrava que longe de representar uma melhoria no padrão de vida das populações, o desenvolvimento econômico se realizava às custas de uma brutal concentração de renda – como no Brasil – com a ampliação da diferença entre as classes sociais, ao mesmo tempo que a quantidade de pobres no mundo aumentava, acentuando o fosso entre países ricos e pobres.

Se até a década de 1950 a concepção de desenvolvimento do BM foi entendida como crescimento econômico, isto é, subordinada à crença de que a promoção do crescimento das economias automaticamente levaria os países ‘subdesenvolvidos’ a se tornarem ‘desenvolvidos’, com a consequente melhoria das condições de vida, do nível do emprego e renda, a partir dos anos 1960 e 1970 a concepção de desenvolvimento começou a adquirir novos contornos, mas sem abandonar sua concepção economicista. Num primeiro momento (anos 1960), incorporou não só a necessidade de investimentos em infra-estrutura como também a sua extensão para o campo industrial, agrícola e educativo. Num segundo momento (anos 1970), na gestão de Roberto Strang McNamara (1968-1981), a concepção de desenvolvimento já não se esgotava no crescimento econômico. O BM começou a sustentar a ideia de que o crescimento deveria incluir aspectos sociais e políticos ligados ao planejamento familiar, à urbanização, ao desemprego e à educação, como forma de aumentar o bem-estar social e ajudar na distribuição de renda.¹⁶⁶ Inovação, geração de empregos e incremento à participação comunitária eram objetivos e critérios (ou novas condicionalidades) para a aprovação dos projetos.

¹⁶⁶ O cenário internacional na década de 1970 foi pautado pela crise de acumulação do capital e pelas lutas por libertação em diversos países latino-americanos, africanos e asiáticos, conforme Hobsbawm (2000). Robert S. McNamara (1916-2009), empresário e político norte-americano, foi secretário de Defesa dos Estados Unidos de 1961 a 1968, durante a Guerra do Vietnã, e presidente do Banco Mundial de 1968 a 1981. Antes de assumir o Departamento de Defesa, foi presidente da Ford Motors Company. Para uma análise da gestão McNamara à frente do BM, ver Rizzotto (2000), capítulo 1, item 1.4.

Em 1962, as primeiras iniciativas do BM na área de educação foram de suporte às ações já desenvolvidas pelos próprios países, voltadas principalmente para o ensino secundário e a formação profissional e técnica, tanto nas cidades como no campo. A partir de 1969, uma nova definição de política para a educação consistiu em aprofundar as diretrizes anteriores com novas técnicas educativas, tais como a instrução programada e a televisão educativa, além da criação de instrumentos de análise e avaliação do ‘processo de aprendizagem’ em cada país, de forma a tornar os empréstimos a projetos mais eficientes e eficazes em seus objetivos.

Neste período, o Banco priorizou a expansão do ensino não formal e, principalmente, a rede de ensino técnico de nível médio, como as ‘escolas diversificadas’ de nível secundário, orientadas para a formação profissional, sobretudo no setor agrário, em virtude das tensões sociais no campo. O financiamento das escolas técnicas rurais tinha como propósito preparar os jovens das zonas rurais para os ofícios agrários e, ao mesmo tempo, implementar um determinado modelo de desenvolvimento agrícola (capitalista), denominado de ‘modernização conservadora’ ou de *Revolução Verde*. (...) A orientação econômica na qual a Educação passou a ser valorizada pressupunha o desenvolvimento capitalista dependente. Cada vez mais a política de ‘substituição de importações’ era combatida e a estruturação da economia autóctone em moldes ‘small is beautiful’ era incentivada. A concepção de desenvolvimento vigente à época produziu marcas profundas na concepção político-educacional dos países dependentes. A teoria do capital humano deixara o reduzido círculo acadêmico e passara a orientar as ações dos organismos internacionais e, como desdobramento, as políticas de vários países. (Leher, 1998, *apud* Melo, 2004, p. 170, grifo do autor)

No setor saúde, diferentemente da educação, as primeiras iniciativas do BM não se traduziram no financiamento de projetos específicos para a área. Quando o setor começou a aparecer como uma área de interesse, a preocupação se restringiu ao controle demográfico, uma vez que, para McNamara, o aumento da população era um desafio para a ordem capitalista em virtude da escassez relativa de poupança, capital e terra dos países, do *deficit* de alimentos e da necessidade de alocação de mais recursos para a infra-estrutura e para as áreas sociais. A lógica perversa que embasava esse raciocínio era que o controle populacional (leia-se: controle da natalidade dos pobres) era uma estratégia importante para promover o crescimento econômico dos países ‘em desenvolvimento’, na medida em que, ao diminuir o número de pobres, diminuía também a necessidade de investimentos nas áreas sociais e, conseqüentemente, aumentava os recursos para investimento nas áreas produtivas, sem levar em consideração que era o próprio modo de produção capitalista que produzia a pobreza.

A recomendação geral era que os projetos voltados para infra-estrutura, energia ou agricultura, financiados pelo Banco, levassem em conta os seus efeitos deletérios para a saúde das populações próximas aos projetos em execução, como expresso no primeiro documento

específico sobre a área, publicado em 1975, denominado de *Salud: documento de política sectorial*. Neste documento, o BM rejeitava a alternativa de financiar projetos básicos na área de saúde, optando por um “progresso contínuo no aumento dos benefícios em matéria de saúde conforme as pautas atuais de financiamento” (BM, 1975, *apud* Rizzotto, 2000, p. 116). Dessa forma, de início, sugeria somente a agregação de ‘componentes de saúde’ aos projetos e passava a fazer empréstimos na área de planejamento familiar (Brow *et al.*, 2006). Apenas eventualmente prestava apoio a projetos específicos de controle de doenças, principalmente nas áreas dos projetos dirigidos à população em idade de trabalhar e/ou que limitassem o uso de terras férteis.

Portanto, a partir dos anos 1970, diante do agravamento das condições de vida de uma grande parcela da população mundial, as preocupações na gestão McNamara passaram a girar em dois campos: apaziguar os pobres por meio da satisfação das ‘necessidades humanas básicas’ e controlar a sua expansão sob a retórica do ‘combate à pobreza’, como condições fundamentais do bem-estar das populações e da equidade, que daí em diante estaria sistematicamente presente nos pronunciamentos dos dirigentes e técnicos do BM. Na prática, para Rizzotto (2000), esse discurso, que aparentemente tornou equivalente o desenvolvimento social e o desenvolvimento econômico, se constituiu num poderoso instrumento ideológico para a manutenção da divisão internacional do trabalho e do processo de acumulação do capital, uma vez que contribuiu para escamotear a relação de exploração e subordinação entre os países capitalistas centrais e os dependentes e, no interior destes, a relação entre proprietários e não-proprietários dos meios de produção.

Se os pobres absolutos não obtiveram de McNamara, no fim, nada além de mais exploração e repressão por parte dos governos que ele contribuiu para reforçar, McNamara, por sua vez, fez um bom negócio com eles. Estes lhe permitiram aumentar e mais do que dobrar o tamanho de seu Banco, e converter-se em um dos homens mais poderosos da terra. Quando os governos se empenhavam realmente em melhorar as condições de vida dos pobres, como o governo da Unidade Popular do Chile com Salvador Allende, o Banco de McNamara lhes negou até o último centavo. (George e Sabelli, 1994, *apud* Rizzotto, 2000, p. 87)

Apesar do discurso de ‘combate à pobreza’, as ações nas áreas de saúde e educação, na época, foram pontuais e residuais,¹⁶⁷ não fazendo parte de uma estratégia mais ampla de reformas. Os anos 1980, ao contrário, foram pautados cada vez mais por uma crescente

¹⁶⁷ Rizzotto (2000) apresenta dados sobre os empréstimos do BM entre 1947 e 1983, nos quais se verifica que os recursos para a área de infra-estrutura foram soberanos no período, com aportes equivalentes a quase 50% do total dos empréstimos, enquanto a categoria ‘outros’ (que engloba os serviços sociais como educação, saúde e abastecimento de água) deteve apenas 6% do montante total.

articulação das ações do FMI e do BM com o objetivo de coordenar e supervisionar as políticas macroeconômicas dos países membros, principalmente daqueles que recorrem ao Fundo, mas também como forma de submeter o financiamento de projetos na área social a novas condicionalidades. Ou seja, os financiamentos desses projetos começaram a fazer parte de um consistente pacote de ajuste fiscal e reforma estrutural,¹⁶⁸ comum a todos os países latino-americanos.¹⁶⁹ Mais que isso, o BM – assim como o BID – passou a desempenhar nessa década uma crescente influência e protagonismo na área de saúde e educação. O papel de liderança que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Unesco detinham até então no monitoramento, avaliação e definição de políticas nessas áreas, por meio da cooperação internacional, foi sendo esvaziado pelo BM, mais rico e conseqüentemente com maior poder de pressão sobre a Organização das Nações Unidas (ONU) e seus estados membros. O Banco foi assumindo assim o papel de principal liderança do planejamento das reformas dos sistemas de saúde e educação dos países dependentes, em particular dos países latino-americanos.

Essa articulação orquestrada se tornou cada vez mais necessária tendo em vista a implantação das políticas de ajuste neoliberal, a busca de hegemonia de um projeto social na ótica do capital e a consolidação de um amplo consenso em torno das suas metas principais: liberalização, desregulamentação e privatização. De fato, os desequilíbrios econômicos que começaram a ocorrer na década de 1970 na América Latina, em decorrência da estagflação das economias capitalistas centrais e dos dois choques de petróleo, se agravaram subitamente em 1979 com o ‘choque Volcker’, que esteve na base tanto da recessão americana como da ofensiva neoliberal na região, de forma a garantir a continuidade do fluxo de remessa de divisas em face da ‘crise da dívida externa’. Da noite para o dia, com a subida vertiginosa das taxas de juros americanos, criou-se uma situação de insolvência para os países devedores que beiravam a falência, ao mesmo tempo que o FMI e o BM se tornavam os centros de

¹⁶⁸ Baseada em Michel Chossudovsky (1999), Melo (2004) diz que o pacote de reformas se implanta em duas fases. A primeira é a ‘fase de estabilização econômica’, que se inicia com a desvalorização da moeda, o conseqüente aumento dos preços no mercado interno e achatamento dos salários reais, a redução do custo da força de trabalho, o aumento da inflação e a redução dos gastos públicos na área social. Em todos os países latino-americanos, os gastos sociais foram sucumbindo e sendo desmontados, provocando o aumento da pobreza e da miséria e sendo direcionados para a manutenção dos empréstimos realizados. A segunda fase, denominada de ‘reforma estrutural’, inicia-se após a garantia das condições financeiras para novos empréstimos e compreende a liberalização do comércio, a privatização das empresas estatais, a reforma fiscal, a privatização da terra e a desregulamentação do sistema bancário.

¹⁶⁹ O Chile foi a experiência pioneira da ortodoxia neoliberal em 1973, com Pinochet, vindo depois a Argentina dos generais, em 1976. Seguem a Bolívia, em 1985; o México, em 1988; em 1989, novamente a Argentina de Menen e a Venezuela; e em 1990, o Peru. Em ritmos diferenciados, foram sendo realizadas em parte ou na sua totalidade diversas reformas estruturais nesses países, tais como a estabilização monetária, a liberalização do comércio, a reforma tributária, a reforma financeira, privatizações, a reforma trabalhista e a reforma previdenciária (Melo, 2004).

propagação e implantação do ‘fundamentalismo do livre mercado’ e da ortodoxia neoliberal na região.

Para o FMI, os gastos públicos e o protecionismo dos países seriam os principais responsáveis pela recessão e a crise de pagamento da dívida externa. Além disso, a expansão do controle estatal sem incremento correspondente de eficiência, a proliferação de empresas públicas em substituição às vantagens da iniciativa privada e a incapacidade de criar um clima econômico que estimulasse o espírito da empresa capitalista explicariam o desencorajamento de grandes investimentos externos. Em outras palavras, a incompetência e a ineficiência dos estados nacionais passaram a ser vistas como prova inegável da necessidade de se eliminar a influência do poder político dos países para a condução das suas políticas econômicas e para o ingresso nos mercados capitalistas numa fase superior de autorregulação universal. Assim, a liberalização e a desregulamentação dos mercados nacionais, juntamente com a privatização das instituições públicas, inclusive a seguridade social, tornaram-se as principais orientações políticas emanadas por esses organismos internacionais.

O ajuste que os bancos e organismos de fomento internacionais promoveram nesta região [América Latina] nos anos 80 pode ser resumido em três vetores complexos que redirecionaram as condicionalidades de novos empréstimos e investimentos: a redução do volume das importações – com a justificativa do reequilíbrio das balanças de pagamento; um saneamento das contas públicas e a diminuição do protecionismo e do papel do Estado – para garantir a eficiência e a eficácia tanto da aplicação quanto do pagamento dos empréstimos; e um aumento da transferência de divisas como pagamento da dívida externa. (Melo, 2004, p. 99)

Para essas instituições, a direção para a resolução da crise deveria ser dada pelas próprias ‘forças do mercado’ e não pelo intervencionismo do Estado. Assim, o papel do FMI e do BM seria o de compatibilizar suas políticas de empréstimos e condicionalidades mútuas para provocar maior liberalização, desregulamentação e privatização de políticas e instituições nos países em desenvolvimento e na própria economia mundial.

Mas se o projeto neoliberal foi se impondo com força, impulsionado pela conjuntura internacional de forte queda das taxas de lucro das economias capitalistas centrais, não foi sem resistências e requereu também a construção de um ‘consenso neoliberal’, principalmente em razão dos elevados custos sociais desse projeto. O movimento de aceitação e implementação das medidas nos diversos países não é um processo livre de contradições, refletindo antes a correlação de forças sociais existentes no interior de cada um deles. As medidas restritivas utilizadas como condicionalidades para acesso aos empréstimos do FMI

não foram recebidas sem restrições, e os Estados também resistiram e negociaram as imposições às quais eram submetidos. É isso que explica a metamorfose dos objetivos políticos-econômicos do Fundo no decorrer dos anos 1980, do ‘ajuste, por meio de reformas, para o crescimento’, para o ‘ajuste, mas com crescimento’, como também os tempos diferenciados de implantação e os tipos de reformas estruturais viabilizadas no âmbito dos países (Melo, 2004).

As classes dominantes no Brasil, por exemplo, apesar da estagnação e da inflação alta, resistiram ao longo desse período ao tipo de desestruturação e desindustrialização ocorridas no Chile, a partir de 1973, e na Argentina, em 1976. Entretanto, essa resistência não foi em nome de um projeto nacional de maior fôlego que incluísse o combate à miséria como dimensão estratégica com crescimento e redistribuição de renda. Segundo Tavares e Fiori (1993), tanto a resistência às reformas liberalizantes como as dificuldades de coordenação para avançar tinham suas causas, em parte, na herança do desenvolvimentismo brasileiro – em fase ‘terminal’ entre 1979 e 1982 –, e em maior grau, na herança dos próprios interesses gerados pelo bem sucedido ‘ajuste externo’ da economia brasileira iniciado nos anos 1970 – responsável por superávits comerciais importantes e por uma coalizão de interesses em torno da manutenção da política cambial ativa do governo –, assim como pelas políticas de estabilização com indexação, implementadas durante a década de 1980. A partir de 1988, com a constatação do fracasso dos planos de estabilização monetária, Máilson da Nóbrega, então ministro da fazenda do Governo Sarney, iniciou a renegociação da dívida externa acompanhada de algumas reformas liberalizantes internas, que aproximaram o Brasil do programa recomendado pelo FMI e o BM, e que convergiu, nos anos 1990, para um amplo ‘consenso neoliberal’ favorável à implementação do programa completo de estabilização, ajuste e reformas institucionais desses organismos.

As consequências desse pacote de reformas e suas metas integradas de liberalização, desregulamentação e privatização provocaram em muitos países, ao contrário do que se prometia, a estagnação de seus mercados internos, aliada ao crescimento intenso da própria dívida externa e também ao desequilíbrio da balança de pagamentos. Tudo isso acompanhado da diminuição dos investimentos sociais e do salário real, além do aumento do desemprego, com o agravamento das desigualdades já existentes de distribuição de renda e o surgimento de novas exclusões sociais (Soares, 2002).

Com base na análise dos indicadores sociais das duas últimas décadas do século XX para a América Latina, Soares (2002) diz que o retrocesso social produzido pelas políticas de ajuste estrutural ocorreu em dois sentidos. O primeiro se refere ao risco de desaparecimento e/ou perda dos poucos avanços sociais obtidos na região em termos da proteção social que os países ofereciam. O segundo diz respeito ao surgimento de um quadro social, demográfico e epidemiológico que, por um lado, incorpora características típicas da ‘modernidade’ – desregulamentação do mercado de trabalho, desemprego, envelhecimento da população, doenças e agravos dos países desenvolvidos – e, por outro, não só mantém as características sociais e doenças típicas do ‘atraso’ como também intensifica antigos problemas – precarização do trabalho, piora da infra-estrutura pública, retorno de endemias e doenças que já estavam sob controle (como a tuberculose), aumento do número de mortes por causas evitáveis etc.

Entre os indicadores do aumento das desigualdades na região, verifica-se a acentuada disparidade entre o rendimento dos 40% mais pobres – menos da metade da renda média mensal – e o rendimento dos 10% mais ricos – mais de quatro vezes essa média, aliado ao aumento do percentual da população vivendo em ‘extrema pobreza’. Esse grupo foi o que mais cresceu entre os pobres, representando 50% deles, definidos no Brasil pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como aqueles cuja renda familiar é equivalente a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, insuficiente para comprar uma cesta básica de alimentos. Concomitantemente, a redução significativa dos salários reais em todos os países aumentou o percentual de assalariados em situação de ‘nova pobreza’, isto é: ao agravamento da situação dos estratos de renda mais baixa acrescentou-se uma deterioração da remuneração e da qualidade de vida dos estratos médios urbanos, inclusive dos assalariados do setor público. Agregam-se a esses dados, entre outros fatores, a ampliação das diferenças de acesso a bens e serviços como habitação, educação e saúde; o desemprego aberto; o aumento da informalização e inserção em serviços precários; a redução da proporção de trabalhadores vinculados aos sistemas previdenciários; o ‘desajuste’ crescente entre as remunerações dos jovens e seus níveis educacionais, ou seja, uma crescente diferença entre a qualificação obtida e as possibilidades de empregos compatíveis; e o aumento da participação feminina no mercado de trabalho, mas com marcante discriminação salarial em relação aos assalariados do sexo masculino.

Enfim, trata-se de um contexto social dramático que foi provocado pela exacerbação do declínio do produto nacional bruto (PNB) e queda da produção industrial na maioria dos países, pela brutal recessão econômica e continuidade da crise da dívida externa, com o aumento das tensões sociais e políticas relacionadas à elevação do desemprego e de oposição e resistência às medidas restritivas. Esse quadro foi determinante para que, a partir dos anos 1990, a questão da ‘governabilidade’ dos países e o ‘combate à pobreza’ passassem a fazer parte da agenda neoliberal – não tanto pelas consequências sociais das medidas de ajuste, mas pela possibilidade de manter altas as taxas de crescimento e de acumulação dos países capitalistas centrais. A partir desse momento, a palavra de ordem era “ajuste, mas com crescimento” (Melo, 2004).

Nos anos 1980, a noção de ‘governabilidade’ foi entendida como a limitação vigorosa do número de atividades submetidas ao poder regulador dos Estados, mas nos anos 1990, segundo Tavares e Fiori (1993, p.134), passou a ser associada “à capacidade ou poder de formular e implementar políticas, obedecendo ao tempo e administrando conflitos” – o que expressa para esses autores uma preocupação com as condições institucionais indispensáveis à estabilização dos contratos e das expectativas, bem como à implementação consistente e sustentada das políticas de ajuste e liberalização econômica. Essa preocupação é similar à que se tem no interior do setor saúde com a ênfase na construção da capacidade ‘reitora’ do Estado para a implementação de reformas no setor (OMS, 2000), como veremos adiante.

É nesse sentido que tal noção foi incorporada na agenda do BM e de outras instituições multilaterais, só que agora com o nome de *governance* ou *good governance*. Essa nova denominação não significou uma novidade conceitual, apenas serviu para indicar o que seria um governo pequeno e bom, mas principalmente confiável do ponto de vista da comunidade internacional. Para muitos credores do sistema financeiro, vocalizados pelo BM, as operações de ajuste e investimento nos países em desenvolvimento não eram efetivas porque impedidas por diversos fatores que contribuíam para uma gestão ineficiente. Dentre esses fatores estavam instituições pouco sólidas, a falta de uma adequada estrutura jurídico-legal, a fragilidade dos sistemas públicos e privados, políticas incertas e variáveis. Assim, a discussão nos anos 1990 não se travou apenas em torno da ‘minimização do Estado’, mas daí em diante também da necessidade da própria ‘reconstrução do Estado’, como sistematizado no relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1997, do BM, denominado *O Estado num Mundo em Transformação*, ou simplesmente *Relatório BM-1997*.

Esse enfoque voltado para os países apoiados pelos programas de ajustes e reformas estruturais foi elaborado com base em várias influências, mas Fiori (1996) destaca um amplo estudo comparativo sobre as dificuldades e condições políticas de implementação dos ajustes econômicos, desenvolvido na segunda metade dos anos 1980 por um grupo de cientistas políticos norte-americanos, que ajudou a construir o que John Williamson, economista norte-americano, denominou, em 1990, de ‘Consenso de Washington’: um programa de convergência ou homogeneização das políticas econômicas para os países latino-americanos, os mais endividados na época, desenhado pelas burocracias internacionais e nacionais reunidas em Washington.

Esse ‘consenso’ combinou políticas macroeconômicas por meio da austeridade fiscal e da disciplina monetária, com reformas de natureza microeconômica via desoneração do capital para aumentar a sua competitividade em um mercado internacional, aberto e desregulado, e o desmonte radical do modelo de industrialização dos países através de reformas estruturais: desregulação dos mercados financeiros e do trabalho; privatização das empresas e dos serviços públicos; abertura comercial; e a garantia do direito de propriedade dos estrangeiros, sobretudo nas zonas de fronteira tecnológica e dos novos serviços.

No entanto, para construir as condições de implementação desse ‘consenso’ e partindo da análise do que consideravam ‘experiências exitosas’, os pesquisadores norte-americanos definiram uma espécie de programa político informal, normativo e estratégico que, apesar de não ser consensual, era considerado fundamental para levar a cabo com sucesso o programa econômico definido em Washington.

Governabilidade ou *good governance*, neste caso, passou a ser sinônimo ou resultado da capacidade dos reformistas de acumularem inicialmente ‘an unusual concentration of power’^[1] (...) mediante a formação de uma coalizão ampla, sólida e permanente de poder que obtivesse a ‘allegiance of the bourgeoisie’^[2] uma vez que ‘in practice it may take very little in material rewards to purchase the allegiance of the lower class’^[3] (...). Para isto os autores sugerem igualmente a insularização burocrática de um núcleo de *technopols* (...) que possa comandar a economia distante das pressões corporativas [leia-se: sindicatos]. Além do que, como: ‘the adjustment process is one of administered hardship, and the distribution of the loss should be not transparent and to minimize opposition, governments may need to downplay or obfuscate losses and benefits that result from reforms but do not serve as important economic signals’^[4]. (Fiori, 1996, p. 4-5)¹⁷⁰

¹⁷⁰ Tradução livre dos trechos em inglês: [1] “uma excepcional concentração de poder”; [2] “a lealdade da burguesia”; [3] “a prática pode exigir muito pouco em recompensas materiais para comprar a lealdade da classe baixa”; [4] “o processo de ajuste é um tipo de administração das necessidades e a distribuição das perdas não deve ser transparente; para minimizar as oposições, os governos podem precisar disfarçar ou ofuscar perdas e benefícios resultantes das reformas, mas não utilizá-los como dimensões importantes da economia”.

Dessa forma, após as experiências desastrosas das políticas de ajustes estruturais nos anos 1980, em diversos países latino-americanos, o discurso sobre a ‘pobreza’ foi submetido ao imperativo da construção do ‘Estado efetivo’, da necessidade de ‘revigoramento das instituições públicas’, da ‘focalização’ das políticas sociais, da mobilização da ‘sociedade civil’, da ‘participação do povo’, da ‘descentralização’, da separação entre financiamento e provisão dos serviços na área social, entre outros fatores.

É a partir das discussões sobre as ‘experiências exitosas’ e as ‘lições aprendidas’ com os experimentos neoliberais, entre elas o grave custo social dos ajustes e as tensões sociais e políticas daí decorrentes, que deve ser compreendida a questão da governabilidade, assim como a aproximação do BM às idéias da Terceira Via para a reforma do Estado e o retorno do discurso referente ao ‘combate à pobreza’ sob o lema da ‘educação para todos’, desde o final dos anos 1980 (Melo, 2004),¹⁷¹ e do ‘novo universalismo’ no final dos anos 1990 (OMS, 2000).

O uso do termo ‘novo universalismo’ emerge, talvez não por coincidência, no mesmo momento em que o termo ‘saúde global’ começa a disputar espaço com o de ‘saúde internacional’ (Brow *et al.*, 2006). E podemos supor, com base nesses autores, que o uso relativamente tardio do termo ‘novo universalismo’, quando comparado ao de ‘educação para todos’, envolve resistências e disputas no interior da OMS que atravessam os anos 1980 e 1990, as quais seriam resolvidas a favor do ideário neoliberal na gestão de Gro Harlem Brundtland (1998-2003).¹⁷² No entanto, parece haver uma estreita relação entre ‘novo universalismo’ e ‘saúde global’, uma vez que, enquanto o primeiro termo tem por base a definição do que é ‘bem público’ e ‘bem privado’ em saúde, o segundo expressa a perspectiva das ‘forças de mercado’ de submeter a área de saúde aos objetivos de lucro.

¹⁷¹ O estudo de Melo analisa esse movimento em relação à Unesco a partir da Conferência Mundial sobre Educação para Todos, realizada em março de 1990, em Jomtien, na Tailândia, convocada e financiada pelo BM, pela Unesco, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), reunindo 1.500 delegados de 155 países. As propostas finais foram apresentadas na Declaração Mundial sobre Educação para Todos e no Plano de Ação para Satisfazer as Necessidades Básicas de Aprendizagem. Essa conferência buscou articular o planejamento e as ações desses organismos internacionais visando dar maior eficácia aos investimentos dirigidos para a educação de massas, privilegiando a universalização da educação básica, principalmente o ensino fundamental.

¹⁷² Gro Harlem Brundtland é diplomata, médica norueguesa e membro do Partido dos Trabalhadores da Noruega (social-democrata). Em 1974 foi nomeada ministra do Ambiente; em 1981, tornou-se a primeira-ministra da Noruega e, de 1983 a 1987, presidiu a Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento da ONU, ou Comissão Brundtland, como ficou conhecida, com o objetivo de estudar a relação entre o desenvolvimento econômico e a conservação do meio ambiente. Desse trabalho resultou o relatório *Nosso Futuro Comum*, lançado em 1987, que definiu o conceito de desenvolvimento sustentável. Esse relatório serviu de base para a Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente e o Desenvolvimento, realizada em 1992, no Rio de Janeiro (Rio-92).

O termo ‘saúde global’ manifesta pelo menos duas dimensões principais. A primeira é a que “indica a consideração das necessidades de saúde da população de todo o planeta, acima dos interesses de nações em particular” (Brow *et al.*, 2006, p. 625), como em casos de epidemias e pandemias, tais como a Aids, o vírus Ébola e a *influenza* A (H1N1), ou mesmo as denúncias do movimento ambientalista sobre a degradação ambiental mundial e o aquecimento global. A segunda se refere aos interesses das ‘forças do mercado’ ou das corporações transnacionais na área de saúde. No primeiro caso, o seu uso está ligado à necessidade da criação de informações e sistemas de vigilância eficientes para reforçar o monitoramento e o alerta global sobre a circulação de doenças e sobre o meio ambiente. No segundo, tem a ver com a privatização dos serviços de saúde, com o controle dos fundos de pensões pelo capital financeiro e com a expansão dos seguros de saúde privados como ‘alternativa’ à seguridade social pública, isto é, refere-se aos propósitos da mercantilização da saúde em todo lugar onde possa gerar lucros.

Ao contrário do termo ‘mundial’, de origem francesa, que permite introduzir a ideia da importância de se construírem instituições políticas mundiais capazes de dominar o movimento de mundialização do capital, o termo ‘global’, de origem norte-americana, não é neutro, mas é um termo vago, pois cada um pode empregá-lo de acordo com a sua conveniência e lhe dar o conteúdo ideológico que quiser. Ou seja, o termo mundialização procura diminuir “a falta de nitidez conceitual dos termos ‘global’ e ‘globalização’” (Chesnais, 1996, p. 24).

A globalização apresenta, por exemplo, o ‘progresso técnico’ como um processo benéfico e necessário, estimula a adaptação das sociedades às novas exigências e obrigações e, sobretudo, descarta qualquer ideia de procurar orientar, dominar, controlar e canalizar esse processo. Apesar de possíveis inconvenientes que o processo de globalização possa gerar, a principal mensagem é que as sociedades precisam se ‘adaptar’ ou serem ‘adaptadas’ ou conformadas para não perderem o ‘bonde da história’. Para Chesnais (1996, p. 25),

[com] efeito, a globalização é a expressão das ‘forças de mercado’, por fim liberadas (...) dos entraves nefastos erguidos durante meio século. [Isso pressupõe não apenas a liberalização, privatização, a desregulamentação e a absoluta liberdade das empresas de ir e vir, mas também] que todos os campos da vida social, sem exceção, sejam submetidos à valorização do capital privado.

Assim, não é trivial que o uso do termo 'saúde global' tenha se tornado parte do vocabulário cotidiano na década de 1990, não apenas em razão da circulação de doenças intensificadas com o processo de mundialização do capital, mas também porque é nesse período que as reformas no setor saúde lideradas pelo capital financeiro se generalizam ou se tornam globais. Segundo Iriart (2008), as regulações impostas pouco a pouco pelos órgãos federais como resposta às demandas dos usuários, das associações de consumidores e profissionais criaram uma limitação para os lucros das organizações de atenção gerenciada nos EUA. Desse modo, assiste-se, principalmente na segunda metade dessa década, à expansão das organizações de atenção gerenciada ou *managed care organizations* (MCOs) para outros países a fim de aumentar as opções de lucros.

O processo de transnacionalização no setor saúde envolve diversos aspectos em parte enumerados anteriormente e outros não. Estes últimos ainda são movimentos incipientes e/ou em negociação que aqui serão tratados apenas a título indicativo. Eles envolvem novos fenômenos, tais como o movimento de pacientes e de prestadores, a assistência transfronteiriça, o incremento das fusões e aquisições transfronteiriças de empresas com investimento externo direto (IED), o impulso da atenção gerenciada e as negociações e os acordos que vêm sendo discutidos no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC).¹⁷³ Apesar de incipiente, esses novos fenômenos têm avançado em decorrência do alto custo da atenção à saúde nos países capitalistas centrais, do aumento da demanda por assistência nesses países devido ao envelhecimento da população e da crescente disponibilidade de serviços de saúde nos países 'em desenvolvimento' a preços mais baixos que naqueles e com padrões de assistência similares, inclusive no que se refere às modernas tecnologias médicas, como a telemedicina,¹⁷⁴ o uso de raio *laser* etc.

É um processo que pressupõe o avanço e a consolidação do setor privado em saúde nos países 'em desenvolvimento' em resposta às diferenças de custo, sobretudo no que se refere aos custos da mão-de-obra. De maneira geral, como em outros setores da economia, envolve frequentemente alianças estratégicas entre empresas nacionais e transnacionais no

¹⁷³ Ver os artigos de Franco (2003), Bernal (2007) e Paredes (2009). Ver também as notícias: 'Brasil desponta como destino no turismo de saúde', 'Cirurgia plástica ainda é a especialidade mais procurada por estrangeiros' e 'Pacientes estrangeiros ampliam receita de hospitais no Brasil', publicadas em 8/7/2008 no item Ciência e Saúde do sítio UOL: <http://cienciaesaude.uol.com.br/ultnot/2008/07/08/>.

¹⁷⁴ A telemedicina é resultado do avanço das tecnologias de informação e comunicação na área da saúde. Ela permite o acesso a fontes de dados e informações sobre conhecimentos especializados, tecnologias de vanguarda e investigações existentes em todo o mundo, além do intercâmbio auditivo e visual em qualquer etapa da assistência à saúde, desde o diagnóstico até a cirurgia assistida, por exemplo.

campo de seguros, acompanhadas de exigências aos países e às empresas nacionais no que diz respeito à redução dos custos de produção e flexibilização do mercado de trabalho, a recomendações para o equilíbrio financeiro dos sistemas de saúde e à autorresponsabilização na proteção à saúde.

Desse ponto de vista, esse movimento está associado à agenda de reformas no setor saúde que o BM vem conformando desde o final dos anos 1980, de natureza privatista, particularmente nos países latino-americanos. Uma agenda que visa manter e garantir a continuidade do fluxo de recursos necessários não apenas para o pagamento da dívida externa com a redução dos gastos na área social, mas também para o avanço e a consolidação do setor privado e dos interesses mercantis no âmbito do setor saúde – principalmente no que se refere à administração de fundos de saúde e da previdência, como indicado por Laurell (1997) e Iriart (2008), e que se expressa claramente nas propostas do *Informe sobre a Saúde no Mundo 2000: melhorar o desempenho dos sistemas de saúde*, da OMS, daqui em diante tratado apenas como *Informe OMS-2000*.

Diversos estudos (Laurell, 1994; Matta, 2005; Brow *et al.*, 2006; Fort *et al.*, 2006; Navarro, 2006) permitem sustentar que a partir dos anos 1980 ocorreria progressivamente um movimento concomitante de deslocamento do poder político e financeiro e de incorporação ao ideário neoliberal da OMS. Sob a pressão do governo norte-americano, principalmente na segunda metade dessa década, quando os EUA começaram a sair do quadro recessivo e a recuperar sua hegemonia no cenário internacional, foi se dando uma relação de associação e dependência financeira desse organismo internacional com o BM. Mais que isso, o Banco começou a pautar a própria agenda da OMS, o que iria mudar ao longo dos anos 1990 o próprio sentido político-ideológico de suas realizações até aquele momento. Daí em diante, a tendência seria a conformação de uma agenda hegemônica de homogeneização das políticas de saúde, assim como se verificaria na educação sob a influência da Unesco, como parte do processo de crescente interdependência e integração econômica, política e social acelerada pela mundialização do capital.

No âmbito do setor saúde, depois do primeiro documento específico sobre a área – *Salud: documento de política sectorial*, publicado em 1975 –, o BM começou a exercer maior influência, principalmente após a Conferência de Alma Ata, patrocinada pela OMS e pelo Unicef, em 1978, que teve como resultado a ‘Declaração de Atenção Primária à Saúde’ e sua meta de ‘Saúde para todos no ano 2000’, que proclamava que a saúde exigia um enfoque que

ia muito além das intervenções médicas e sublinhava que os fatores sociais, econômicos e políticos eram determinantes para a saúde. Como referido no capítulo anterior, essa conferência ocorreu num cenário internacional pautado pela emergência das nações africanas descolonizadas, pela disseminação de movimentos nacionalistas e socialistas e de movimentos sociais em defesa dos direitos humanos e civis. Nesse contexto potencialmente radical, a Atenção Primária à Saúde (APS), além de uma proposta de extensão de cobertura dos serviços básicos, inspirada em sistemas simplificados de assistência à saúde, significava uma ameaça aos interesses tanto dos grupos privatistas como do capital industrial, na medida em que vinha associada a uma concepção ampliada de saúde, a uma abordagem intersetorial, à defesa de políticas sociais e econômicas voltadas para a redução das desigualdades e à necessidade de participação social.

Com o apoio do BM (gestão McNamara) e seu então criado Departamento para População, Saúde e Nutrição, reuniram-se em 1979, em Bellagio, na Itália, a Fundação Rockefeller, a Fundação Ford e o Unicef. Partindo da crítica ao caráter ‘irrealista’, do alto custo e da complexidade da APS, elas propuseram em seu lugar a Atenção Primária à Saúde Seletiva (APSS), uma proposta pragmática baseada em um número limitado de ‘intervenções seletivas rentáveis’, isto é, de baixo custo, dirigidas aos grupos de alto risco, principalmente crianças menores de um ano, visando diminuir a mortalidade infantil. Em 1980, sob a liderança de Jim Grant, a Unicef tornou a APSS o carro-chefe da sua política para os países dependentes, contando para isso com vultosos recursos financeiros do BM, de entidades privadas e agências de ajuda ao desenvolvimento. Ao mesmo tempo, diferentemente do período anterior, o próprio Banco adotou uma política de financiamento com empréstimos diretos aos países para reformas dos serviços de saúde, assim como manteve a política anterior destinando recursos para componentes de saúde de outros projetos.

Daí em diante, a direção do Unicef se afastaria das teses universalistas de Alma Ata, e o papel de liderança da OMS na formulação e na assessoria das políticas setoriais passaria para o BM, muito mais rico e influente.

Em contraste com a crescente autoridade do Banco Mundial, nos anos 80 o prestígio da Organização Mundial da Saúde estava começando a diminuir. Um sinal de dificuldade foi o voto, em 1982, da Assembléia Mundial da Saúde pelo congelamento do orçamento da OMS (...). A isso seguiu-se a decisão dos Estados Unidos, em 1985, de pagar apenas 20 por cento da sua contribuição fixada para todas as agências da ONU, e de suspender sua contribuição ao orçamento regular da OMS, em parte como protesto contra o *Essential Drug Program* (Programa de Medicamentos Essenciais) da OMS, ao qual se opuseram as principais empresas farmacêuticas baseadas nos Estados Unidos (...). Esses eventos ocorreram em meio a crescentes tensões entre a OMS, a Unicef e outras agências, e à controvérsia sobre ‘atenção

primária à saúde’ – ‘seletiva’ versus ‘integral’. (Brow *et al.*, 2006, p. 634, destaques dos autores)

Nesse contexto, a OMS perderia a sua influência no cenário internacional; a sua missão foi se dispersando por outras agências da ONU e ela passaria a depender cada vez mais de recursos extra-orçamentários para viabilizar as suas atividades, ou seja, havia a necessidade cada vez maior de captar recursos de outras fontes para o desenvolvimento de seus programas específicos. Não só os EUA, principal país financiador da OMS, retiram o seu apoio, como a própria crise internacional que se abateu sobre os países membros ou ‘doadores’ não permitiria a continuidade do fluxo de recursos para a manutenção das suas atividades. Além da indústria farmacêutica, a indústria de alimentos também pressionaria o congresso americano e questionaria as subvenções para a OMS, em razão da aprovação do Código Internacional de Comercialização de Sucedâneos do Leite Materno (Fort *et al.*, 2006; Matta, 2005).

Limitada em suas ações e cada vez mais estrangida financeiramente, não foi por acaso que, em 1986, a 39^a Assembléia Mundial de Saúde aprovaria a recomendação de se considerarem a saúde e a nutrição nos programas de ajuste estrutural (Laurell, 1994). Entretanto, parece-nos que isso faz parte, nesse momento, de movimentos contraditórios que aproximam a OMS das propostas de ajuste estrutural do BM e ao mesmo tempo que induzindo políticas que confrontam os interesses das indústrias farmacêutica e de alimentos, expressando movimentos de acomodação e resistência que não permitiriam aprovar uma agenda hegemônica de homogeneização das políticas de saúde difundidas pelo BM.

A OMS, então sob a direção de Halfdan T. Mahler (1973-1988), o principal articulador da ‘Declaração de Atenção Primária à Saúde’, ainda conseguiu barrar momentaneamente, em 1987, a iniciativa mais emblemática do BM nesse contexto, a primeira proposta de reforma dos serviços de saúde exposta no texto *Financing Health Services in Developing Countries: an agenda for reform (Financiando Serviços de Saúde em Países em Desenvolvimento: uma agenda para reforma)*.¹⁷⁵ Essa vitória momentânea se viabilizou porque no exato momento em que o Banco apresentava a sua proposta de adequar a política de saúde dos países às prioridades do ajuste fiscal, ou seja, diminuir o gasto público em saúde, eclodia no mundo a epidemia de Aids. Esse evento inesperado, que mobilizou a opinião

¹⁷⁵ A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)-Washington, sob a direção de Carlyle Guerra de Macedo (1983-1995), ex-coordenador do PPREPS, organizou uma mesa-redonda para debater as propostas. Ver: Opas (1989).

pública mundial e os países, associado ao conteúdo neoliberal ortodoxo e à insensibilidade diante do deterioramento social e dos conflitos políticos que acompanham os processos de ajuste, provocou severas críticas a essa iniciativa, inclusive da OMS. Entretanto, essa pressão apenas adiou a investida do Banco para o ano de 1993, quando apresentaria o seu *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: invertir en salud (Informe sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: investindo em saúde)*, analisado por Laurell (1994) e Rizzotto (2000), que passaremos a denominar *Informe BM-1993*.

Nos anos 1990, a OMS entrou numa crise que duraria até a posse de Gro Harlem Brundtland. O diretor que assumiu, após a saída de Halfdan Mahler, Hiroshi Nakajima, se elegeu sem o apoio dos EUA, de vários países europeus e latino-americanos. Sua gestão foi marcada por denúncias de favoritismo e corrupção, de um lado, e de iniciativas como vigilância global de doenças e parcerias público-privadas, de outro. Nesse período, aumentou a dependência de recursos externos, e os países capitalistas centrais, assim como organismos internacionais, criaram “vários programas ‘verticais’ mais ou menos independentes do restante dos programas da OMS e da estrutura de tomada de decisões” (Brow *et al.*, 2006, p. 635-636), o que possibilitaria a estes o controle sobre o uso da verba, ao mesmo tempo que esvaziaria o poder de controle da administração central.

No início dos anos 1990, os fundos extra-orçamentários, provenientes principalmente do BM, já haviam ultrapassado em US\$ 21 milhões o orçamento regular, contribuindo então com 54% do orçamento total da OMS. No final de 1996, “a carteira cumulativa de empréstimos do Banco em saúde, nutrição e população alcançara 13,5 bilhões de dólares” (Brow *et al.*, 2006, p. 637). Ou seja, a estratégia de programas verticais e específicos, justificada pela falta de confiança no diretor geral, foi minando ainda mais a já precária influência política da OMS e sua capacidade de mobilizar recursos financeiros das agências internacionais e dos países membros. Em outras palavras, foram se desenhando mecanismos de subordinação da OMS que preservariam o seu conhecimento técnico em matéria de saúde e medicina, enquanto o BM foi se tornando uma força dominante no cenário internacional tanto por sua capacidade de mobilizar recursos financeiros para a área de saúde como pelas condicionalidades que foi determinando aos países para o acesso aos empréstimos.

Nesse contexto, tomou posse Gro Harlem Brundtland em 1998, “determinada a posicionar a OMS como um importante ator no cenário global”, ter acento nas mesas de negociações, “capaz de monitorar e influenciar outros atores” nesse cenário, e “fortalecer a

situação financeira da OMS, especialmente pela organização de ‘parcerias globais’ e ‘fundos globais’, para reunir ‘cotistas’ – doadores privados, governos, e agências bilaterais e multilaterais – para concentrar-se em alvos específicos” (Brow *et al.*, 2006, p. 639), tais como malária, tuberculose, tabagismo e vacinação. A partir de então, o que se verificaria é uma aproximação cada vez maior com o BM e outros organismos internacionais, não só para o financiamento de projetos como para a própria definição de políticas de desenvolvimento de ‘sistemas de saúde eficazes’ – ou seja, políticas de apoio às reformas do setor que priorizassem as intervenções de maior custo-benefício baseadas no ‘novo universalismo’ e em parceria com o setor privado.

A noção de ‘novo universalismo’ foi utilizada pela primeira vez no primeiro informe da gestão Brundtland, denominado *Informe sobre a Saúde no Mundo 1999: mudar a situação*, e não em 2005 com o BID, como afirma Mintegiuga (2009). O marco para as ‘parcerias globais’ foi a criação da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde, em janeiro de 2000, presidida pelo economista Jeffrey Sachs, da Universidade de Harvard, composta por ex-ministros de finanças, funcionários do BM, do FMI, da OMC e do PNUD, assim como lideranças da saúde pública, com a finalidade de avaliar o lugar que a saúde ocuparia no desenvolvimento econômico mundial (OMS, 2002).¹⁷⁶ Quanto à ‘parceria setorial’, o interlocutor privilegiado foi o BM e o seu *Informe* de 1993, que serviu de documento de referência do *Informe OMS-2000*, pois foi considerado o primeiro tipo de investigação que ampliou a análise da “combinação do cálculo dos custos com medidas de eficácia das intervenções e sua utilização para determinar prioridades” dos sistemas de saúde (OMS, 2000, p. 59).

Portanto, foi com Brundtland que a OMS passou a participar efetivamente do grande consenso que os principais organismos e agências internacionais de desenvolvimento já haviam formulado no *Informe BM-1993*, sobre a necessidade de se compatibilizar a política de saúde com a doutrina neoliberal e de se adequar essa política às prioridades do ajuste fiscal. É disso que fundamentalmente trataria o *Informe OMS-2000*, estabelecendo assim a narrativa neoliberal como política oficial da OMS (Navarro, 2006). O vínculo existente é tão

¹⁷⁶ OMS. Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del desarrollo económico. Ginebra, 2002. Sobre as discussões em torno dos vínculos entre comércio e saúde realizadas na gestão Brundtland na OMS, ver o estudo OMS/OMC. Los acuerdos de la OMC y la salud pública. Un estudio conjunto de la OMS y la Secretaría de la OMC. Washington DC, 2002.

forte que esse relatório poderia ser visto como um *Informe Conjunto OMS-BM*,¹⁷⁷ já ensaiado no *Informe OMS-1999*.

Cabe destacar também o uso de expressões como ‘panorama em mutação’ e ‘novas funções’ do setor saúde, que se relacionam com os mesmos termos utilizados no *Relatório BM-1997*. Neste relatório, segundo a análise de Melo (2004), a utilização das expressões ‘mundo em transformação’ e ‘novas funções’ significa o reconhecimento da presença de atores sociais públicos e privados, ora como parceiros, ora como clientes, na relação com o Estado, cujas opiniões devem ser respeitadas, cujas demandas têm que ser dirigidas e cuja parceria deve ser estimulada na direção do desenvolvimento e da estabilização econômica mundiais.

Mas de que se trata o ‘novo universalismo’ e qual a sua novidade? Para a OMS, ao longo do século XX, foram implementadas três gerações de reformas. A primeira geração se refere ao que poderíamos denominar de ‘Atenção Universal à Saúde’, caracterizada pela criação de sistemas nacionais de saúde abrangentes, nos anos 1940 e 1950, primeiramente nos ‘países mais ricos’ e que depois se estenderam progressivamente aos ‘países mais pobres’. Nos anos 1960, esses sistemas foram submetidos a grandes pressões financeiras pela elevação dos custos, especialmente pelo aumento do volume e da intensidade da atenção hospitalar, tanto nos países desenvolvidos como nos ‘em desenvolvimento’. Entretanto, o grande problema dos sistemas de cobertura universal para toda a população é que

quem mais utilizava os serviços de saúde eram os que tinham melhor situação econômica, e as tentativas para chegar aos pobres costumavam ser incompletas. Muitas pessoas continuavam dependendo de seus próprios recursos para pagar os serviços de saúde, e às vezes só podiam obter atenção de pouca qualidade. (OMS, 2000, p.15-16, tradução livre)

Tendo em vista essas ‘falhas’, houve uma mudança radical na busca por sistemas mais eficazes em razão dos custos, mais equitativos e mais acessíveis, o que implicaria o surgimento da segunda geração de reformas realizadas sob o mote da ‘Atenção Primária à Saúde’ e como estratégia para se alcançar a meta de ‘saúde para todos’ no ano 2000. Os elementos básicos que a caracterizavam eram o compromisso para que todos os habitantes

¹⁷⁷ Julio Frenk, então diretor executivo de Provas Científicas e Informação para as Políticas da OMS, foi o presidente do comitê de orientação do relatório 2000. Médico mexicano, conhecido como o ‘privatizador’, de 2000 a 2006 exerceu o cargo de ministro da Saúde do governo Vicente Fox e, em 2006, foi candidato derrotado para o cargo de diretor-geral da OMS. Atualmente é decano da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard e conselheiro da Fundação Bill & Melinda Gates. Fizeram parte do comitê, entre outros, Dean Jamison, responsável pela direção dos trabalhos da equipe que deu origem ao *Informe* do Banco Mundial de 1993, Christopher Murray e Philip Musgrove, membros dessa mesma equipe.

recebessem um nível mínimo de serviços de saúde, alimentos e educação; e o fornecimento suficiente de água potável e saneamento básico, além de medidas de saúde pública relativas à atenção clínica, prevenção de doenças, medicamentos essenciais e educação sanitária por meio de trabalhadores comunitários de saúde.

Entretanto, o termo ‘primário’ adquiriu vários significados, tanto técnicos (primeiro nível do sistema; tratamentos simples realizados por trabalhadores com pouco treinamento, etc.) como políticos (dependendo da ação intersetorial e da participação comunitária), o que explicaria para a OMS o fato de não existir um modelo único de atenção primária e a dificuldade de se reproduzirem os exemplos exitosos de determinados países. Portanto, apesar dessas experiências, a maioria dos programas parcialmente fracassou,¹⁷⁸ caracterizando não uma atenção ‘primária’, mas uma atenção ‘primitiva’ – conseqüentemente, as pessoas se dirigiam diretamente aos hospitais, e os ‘países pobres’ continuaram investindo nestes, na sua maioria localizados nos grandes centros urbanos.

Ao contrário da desarticulação existente entre os níveis do sistema de saúde da maioria dos países, a OMS indica que nos países desenvolvidos

a atenção primária tem se integrado melhor na totalidade do sistema, talvez porque foi associada mais com o exercício da medicina geral e familiar e com prestadores de menor nível como as enfermeiras de atenção direta e os assistentes médicos. Uma maior dependência deste tipo de pessoal forma o núcleo dos programas atuais de reforma de muitos países desenvolvidos. A chamada atenção regulada (*managed care*), por exemplo, procura, sobretudo, fortalecer a atenção primária e evitar os tratamentos desnecessários, especialmente a hospitalização. (OMS, 2000, p. 17, tradução livre)

A principal crítica a ambas as gerações de reformas - ‘Atenção Universal à Saúde’ e ‘Atenção Primária à Saúde’, é que elas apresentaram muito pouca atenção à ‘demanda’ das pessoas por assistência à saúde e se concentraram quase exclusivamente nas ‘necessidades presumidas’. Para a OMS, a atenção insuficiente às demandas pode ser exemplificada pelo “fato de a Declaração de Alma Ata ser omissa quanto ao financiamento e à prestação de serviços pelo setor privado, a menos que se interprete que a participação comunitária compreende financiamento privado em pequena escala” (OMS, 2000, p. 17). As razões para a incongruência entre esses dois conceitos, a qual não deveria existir, são de duas ordens,

¹⁷⁸ Por diversos motivos, tais como financiamento inadequado, pouco tempo para os trabalhadores se dedicarem à prevenção e à comunidade, treinamento inadequado, equipamentos insuficientes para resolver os problemas e ausência de mecanismos de referência e contrarreferência.

segundo a OMS. A primeira é a pobreza; a outra é que ambas as gerações de reformas foram regidas pela oferta de serviços de saúde.

Essa preocupação com a demanda das pessoas é característica da terceira geração “atualmente em marcha em muitos países, a qual inclui reformas tais como ‘fazer com que o dinheiro siga o paciente’ e abandonar o costume de simplesmente dar aos provedores um orçamento, que por sua vez está habitualmente determinado pelas ‘necessidades presumidas’” (OMS, 2000, p. 17, destaque nosso), tal qual ocorreu no Reino Unido com a reforma do setor público de saúde. Essa geração é vista como uma conquista e converge para o que a OMS denomina de ‘novo universalismo’ – uma noção que significa que em lugar de oferecer toda a atenção à saúde possível a toda população, oferece a todos uma atenção essencial ou prioritária de alta qualidade, em vez de uma atenção mais simples e básica para os pobres, como na atenção primária à saúde, e que deve ser definida principalmente pelo critério de eficácia em razão dos custos.

E isso conduz a uma seleção explícita das prioridades entre as intervenções, respeitando o princípio ético de que talvez seja necessário e eficiente limitar os serviços, porém é inadmissível excluir grupos inteiros da população. Sem dúvida, um conjunto definido de intervenções que venha a beneficiar de preferência os pobres e, se aplicadas integralmente a toda a população, garante mais facilmente que a maioria dos pobres se beneficiem, (...) [pois os] serviços de atenção à saúde prestados pelo governo, apesar de em geral serem destinados aos pobres, frequentemente são usados pelos mais ricos. (OMS, 2000, p.18, tradução livre)

Nessa linha de argumentação, a terceira geração de reformas pressupõe atribuir maior importância às finanças públicas, porém a prestação de serviços de saúde não necessariamente deve ser garantida pelo setor público. Esse tipo de reforma, ao incorporar a ideia de responder às demandas, trata cada vez mais de possibilitar o acesso aos pobres por meio de subsídios, em especial o financiamento privado pelos mecanismos de seguro e/ou planos de pré-pagamento, em diferentes graus a depender do país, e não somente pela prestação de serviços pelo setor público.

As justificativas para esse tipo de reforma, segundo a OMS, se devem, em parte, às profundas mudanças políticas e econômicas ocorridas no mundo no final da década de 1980. Entre elas, estão a transformação das economias centralizadas em economias de mercado, como na China, na Europa Central e na ex-URSS; a perda de credibilidade da acentuada intervenção estatal na economia, que conduziu à venda ou liquidação das empresas do Estado; a promoção de maior competição no interior dos países e entre eles; a redução dos controles e

das regulamentações governamentais; e, em geral, a liberação das ‘forças do mercado’. Do ponto de vista ideológico, essas mudanças significaram a atribuição de maior importância à capacidade de decisão e à responsabilidade individual, e do ponto de vista político, significaram a limitação das promessas e das expectativas acerca da capacidade dos governos, em particular pela condução das receitas gerais, para ajustar-se melhor à ‘verdadeira’ capacidade financeira e de organização do Estado.

Portanto, tal como indica o relatório *BM-1997*, a crise do Estado previdenciário teria exigido um novo direcionamento estratégico do Estado, isto é, uma reforma do Estado, levando-o a assumir novas responsabilidades. Partindo do pressuposto de que “um Estado eficiente é vital para a provisão dos bens e serviços – bem como das normas e instituições – que permitem que os mercados floresçam e que as pessoas tenham uma vida mais saudável e feliz” (BM, 1997, p. 1) –, o BM sugere duas estratégias para tornar o Estado um parceiro mais confiável e eficiente para a comunidade internacional.

A primeira é ‘ajustar a função do Estado à sua capacidade’, entendida como “a capacidade de promover de maneira eficiente ações coletivas, em áreas tais como lei e ordem [leia-se: a garantia da propriedade privada], saúde pública e infra-estrutura básica” (BM, 1997, p. 3), sendo a eficiência traduzida como o resultado obtido pela capacidade de se atenderem às demandas desses bens no interesse da sociedade. Nesses termos, identificam-se cinco tarefas fundamentais para o desenvolvimento dos países e a redução da pobreza: a formação de uma base jurídica, a manutenção da estabilidade macroeconômica, o investimento em serviços sociais básicos e infra-estrutura, a proteção dos grupos vulneráveis e a proteção do meio ambiente.

A segunda estratégia é ‘aumentar a capacidade do Estado revigorando as instituições públicas’, para se combaterem ações arbitrárias do próprio Estado e a corrupção, para submeter o setor público a uma maior concorrência, visando ‘aumentar a sua eficiência’, e para viabilizar maior descentralização, participação e parceria com o ‘corpo cívico’ (leia-se: sociedade civil) e a empresa privada.

Essas estratégias não apontam simplesmente para a redução do Estado, mas para uma redefinição das responsabilidades do Estado, para uma profunda reforma “que envolve mudanças drásticas no modo de pensar e agir dos órgãos de governo” (BM, 1997, p. 14). A nova mensagem é que “o Estado é essencial para o desenvolvimento econômico e social, não como promotor direto do crescimento, mas como parceiro, catalisador e facilitador” (BM,

1997, p. 1) da sociedade civil e do mercado. É um Estado que deixa de ser empreendedor, como no modelo anterior de desenvolvimento, para ser um Estado com função regulatória e de focalização na área social, que se apoia no novo modo de acumulação de capital, na elevada liquidez internacional para sustentar internamente a estabilidade monetária e a abertura comercial com desregulação financeira e desregulamentação do mercado de trabalho.

Desse ponto de vista, para o BM, os mercados, a sociedade civil e os governos devem ser complementares, visto que “o Estado é essencial para a implantação dos fundamentos institucionais apropriados para os mercados”, assim como dos fundamentos sociais para reduzir a pobreza e a desigualdade, pois com frequência “as políticas e programas desviam recursos e serviços daqueles que mais necessitam deles” (BM, 1997, p. 4), em razão da “influência política” dos mais ricos em detrimento dos mais pobres e marginalizados da sociedade. Portanto, as políticas e os programas devem gerar crescimento, mas também assegurar os benefícios do crescimento fomentado pelo mercado, particularmente por meio de investimentos em serviços básicos de educação e saúde, com a participação da comunidade, aproveitando a sua reserva de “capital social” (BM, 1997, p. 11) e “fazendo com que os cidadãos e as comunidades participem da prestação dos bens coletivos essenciais” (BM, 1997, p. 3).

Para sustentar essa reforma do Estado e garantir a *governance*, o BM recomenda que os “líderes políticos e as elites de mentalidade reformista” tomem decisões que “ampliem as opções do povo, enunciem claramente os benefícios e assegurem que as políticas sejam mais inclusivas” (BM, 1997, p. 14). Os líderes políticos “de visão” que foram bem sucedidos “mostraram a todos os benefícios da reforma e formaram coalizões que deram voz mais forte aos geralmente silenciosos beneficiários”, bem como deram à sociedade uma visão de longo prazo e “o senso de que a reforma pertence ao povo e não foi imposta de fora para dentro” (BM, 1997, p. 15).

Pela síntese vista aqui do relatório *BM-1997*, vemos que a análise aí realizada converge para a análise do *Informe OMS-2000*. Ajustar a função do Estado à sua capacidade se traduz na área da saúde pela construção de um sistema de saúde eficiente baseado no ‘novo universalismo’ e na expansão da capacidade de pagamento do conjunto da população, inclusive dos pobres, por meio da ampliação dos planos de pré-pagamento como forma de proteger toda a população contra os custos financeiros da enfermidade. Essa é a grande

novidade do *Informe OMS-2000* em relação ao *Informe BM-1993*, justificada da seguinte forma:

A cada dia se anuncia um novo medicamento ou tratamento ou um novo avanço da medicina e da tecnologia em saúde. O ritmo dos avanços só é comparável com o ritmo com que cresce o afã da população por beneficiar-se deles. O resultado é um aumento da demanda e das pressões que têm de suportar os sistemas de saúde, tanto o setor público como o privado, em todos os países, ricos ou pobres. Sem dúvida, a capacidade dos governos para financiar e prestar serviços tem limites. Com o presente informe, se deseja estimular a adoção de políticas públicas que reconheçam as limitações que sofrem os governos. Se eles forem prestar serviços para todos, não é possível prever todos os tipos de serviços. (OMS, 2000, p. xvi)

Diferentemente do *Informe BM-1993*, busca-se delinear uma política de saúde que amortize os custos sociais e políticos do ajuste com um discurso social centrado na redução das desigualdades e no combate à pobreza, mas ao mesmo tempo incorporando os pobres ao mercado privado de saúde, com o argumento de se priorizar a demanda ou, o que dá no mesmo, de ‘fazer com que o dinheiro siga o paciente’.

Quanto à segunda alternativa, de aumentar a capacidade do Estado revigorando as instituições públicas, ela traduz-se na ênfase que se dá à construção da função reitora dos sistemas de saúde, implicada na própria reforma do Estado. Isso significa a capacidade de se estabelecerem as regras do jogo e fazê-las serem cumpridas, proporcionando orientação estratégica aos distintos atores envolvidos, como as empresas de planos de pré-pagamento, as seguradoras de saúde e as organizações não-governamentais. Na língua inglesa, reitoria significa uma “gestão cuidadosa e responsável de algo cujo cuidado se confia a alguém” (OMS, 2000, p. 49), portanto, o pressuposto é de que o Estado não é o único responsável pela cobertura universal de saúde ou pela universalidade e que o próprio setor público deve ser submetido à concorrência.

No entanto, da mesma forma que o relatório *BM-1997*, o *Informe OMS-2000* se propõe ser um instrumento que orienta o Estado dos diversos países a redefinir suas responsabilidades no setor saúde, baseando-se em “provas científicas e não em alguma ideologia” (OMS, 2000, p.ix). Por isso mesmo, não tem um tom impositivo nem prescreve ou define, como no *Informe BM-1993*, as ações de saúde que devem ser incluídas no ‘novo universalismo’. O argumento é que “não pretende oferecer um modelo para construir ou reconstruir um sistema de saúde”, pois “o mundo está experimentando muitas variantes e não está claro qual é a melhor maneira de proceder”. Entretanto, considera que existem “algumas

conclusões claras acerca da organização, [dos critérios,] das regras e dos incentivos que mais contribuem para que um sistema de saúde utilize seus recursos para alcançar a sua meta” (OMS, 2000, p. 20).

Toda a análise é atravessada por uma lógica linear, ahistórica. A título de tornar os sistemas de saúde mais equitativos e acessíveis, explica as três gerações de reformas principalmente pela necessidade de maior eficiência em razão dos custos, dogma característico do pensamento neoliberal, fazendo desaparecer assim as lutas pela conquista de direitos sociais e particularmente pelo acesso universal à saúde.¹⁷⁹ As justificativas a favor da privatização da atenção à saúde e, conseqüentemente, da transferência do financiamento e/ou da prestação de serviços clínicos para o setor privado são baseadas na situação ‘inconteste’ e ‘imutável’ de que o Estado dispõe de poucos recursos para a saúde, ocultando, na verdade, como sinaliza Laurell (1994), que isso se dá exatamente pela manutenção das políticas de ajuste fiscal e de reforma estrutural.

Da mesma forma, a ineficiência do setor público é apontada quase como uma petição de princípio, considerando-se que todos reclamam da capacidade de resposta do Estado, mas sem levantar ou questionar o fato de que o processo de deterioração das instituições públicas tem uma relação direta com o seu desfinanciamento em consequência também das políticas de ajuste. Quanto à iniquidade do sistema de saúde, base para a proposta do ‘novo universalismo’, concordamos com Laurell (1994, p. 16) quando diz que o que se omite com essa argumentação é que “a maioria dos segurados são em sua absoluta maioria trabalhadores pobres e que a universalização do seguro público resolveria esta suposta injustiça”. Em nenhum momento, seja em 1993, seja em 2000, se compara a ineficiência e a iniquidade das instituições públicas com a ineficiência e a iniquidade das instituições privadas para a resolução dos problemas de saúde, como por exemplo a opção privada do sistema de seguros dos EUA, cuja crise de custos e de cobertura de saúde é antiga e patente e está em discussão pelo governo Barack Obama atualmente, sob forte pressão dos interesses privados.

¹⁷⁹ Segundo Campos (2009), essa é uma característica central do tipo de análise realizada pela corrente neoliberal que privilegia uma abordagem sincrônica e não a abordagem diacrônica. Ao contrário desta última, que busca explicar a origem, a produção e o desenvolvimento de uma dada política, o enfoque sincrônico procura responder à questão sobre ‘como funciona’ uma dada política, programa ou serviço, em geral, com objetivos pragmáticos, ligados à governança dos sistemas. Para isso se utiliza de metodologias originárias da epidemiologia, da estatística, da sociologia funcionalista ou do pensamento sistêmico para julgar programas e a pertinência de determinadas políticas públicas. Do ponto de vista pragmático, esse tipo de análise acaba servindo de munição ideológica para a desconstrução das políticas públicas e, para justificar com argumentos ‘objetivos’, o retorno ao mercado e a consolidação do denominado ‘Estado mínimo’.

Pautada pelo economicismo e pelo pragmatismo, a análise efetuada no *Informe OMS-2000* introduz uma sutileza nas suas argumentações, na medida em que são as ‘provas científicas’ e as ‘experiências exitosas’ acumuladas pelos especialistas competentes que legitimam a correção de seus diagnósticos e proposições. Dessa forma, o BM vai direcionando, ao mesmo tempo, um novo ordenamento e harmonização das políticas de saúde, bem como novas condicionalidades para empréstimos, tais como a construção da capacidade reitora do Estado ou sua transformação em Estado Gerente nos vários âmbitos de sua atuação e na saúde em particular, agora com o respaldo técnico-científico da OMS.

Foge do escopo deste trabalho a análise das inumeráveis ‘provas científicas’ apresentadas no *Informe* – que, aliás, foi submetido a duras críticas dirigidas principalmente à inconsistência metodológica dos indicadores utilizados para a comparação e a classificação do desempenho dos sistemas de saúde dos 191 países membros e, conseqüentemente, para o resultado do *ranking* geral do desempenho deles.¹⁸⁰ No entanto, entre essas ‘provas científicas’, vale ressaltar aquela que é considerada uma das mais importantes, do ponto de vista do BM, e que mostra a radicalização do processo de mercantilização e financeirização do setor saúde. Essa ‘prova’ esclarece a direção da reforma na saúde emanada do *Informe OMS-2000*, que articula a proposta do ‘novo universalismo’ com a reforma das instituições públicas – com base no princípio de que ‘o dinheiro segue o paciente’ – e a expansão dos planos de pré-pagamento.

De 1987 a 2000, as propostas de reforma do setor saúde veiculadas pelo BM foram se alterando, em razão tanto de mudanças ocorridas no cenário internacional como da própria dinâmica interna do Banco. É isso que determina as diferenças entre a proposta apresentada no texto de 1987 (*Financiando Serviços de Saúde em Países em Desenvolvimento*), a do

¹⁸⁰ A equipe OMS-BM construiu e apresentou no *Informe* um índice de desempenho dos sistemas nacionais de saúde com o objetivo de avaliar e comparar os sistemas de saúde dos 191 países membros para, a longo prazo, monitorar seus desempenhos e propor as melhorias necessárias para assistir a população mundial, resultando daí um *ranking* de desempenho ou um retrato momentâneo de cada país. Entretanto, foram detectados problemas importantes que sugeriam a necessidade de uma ampla revisão de caráter metodológico do relatório. Os principais problemas encontrados foram a escolha de indicadores individuais de desigualdade em saúde que desconsideram o perfil populacional; o controle inadequado do impacto das desigualdades sociais sobre o desempenho dos sistemas; a avaliação da responsabilidade dos sistemas, apenas parcialmente articulada aos direitos dos cidadãos; a ausência de dados para um grande número de países levando a diversas estimativas pouco consistentes; e a falta de transparência nos procedimentos metodológicos para o cálculo de alguns dos indicadores. Para maiores detalhes ver: UGA, Alicia Domingues et al. Considerações Metodológicas sobre o Relatório 2000 da Organização Mundial de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2001, vol.17, n.3, pp. 705-712. Ver também Navarro, Vicente. Assessment of the World Health Report 2000. *The Lancet*, vol.356, nov. 4, 2000, pp. 1598-601. A revista *Lancet* dedicou em 2001 uma sessão especial para análise e discussão dos aspectos metodológicos do relatório, inclusive com a contribuição de autores brasileiros, no vol. 357, n. 9.269, 26 de maio de 2001. Para uma discussão sobre a sua repercussão e os desdobramentos na 54^a Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 2001, ver Fiocruz. Radis-Tema. Assembléia Mundial da Saúde. n. 22, set., 2001.

Informe BM-1993, analisado por Laurell (1994) e Rizzotto (2000), e a proposta do ‘novo universalismo’. Porém, apesar das diferenças, todas elas têm um fio condutor que presume a reconfiguração dos sistemas de saúde dos países capitalistas dependentes e buscam contribuir para redefinir o papel do Estado no âmbito das políticas sociais. A essência das propostas é a mesma, isto é, em primeiro lugar, compatibilizar, atualizando, a política de saúde com a doutrina neoliberal, o que pressupõe localizar o setor saúde principalmente no âmbito privado e só em certas condições como tarefa pública; em segundo lugar, adequar essa política às prioridades do ajuste fiscal, o que significa diminuir e reestruturar o gasto público na área e, de maneira geral, na área social; por último, com o avanço da mundialização do capital, submeter os serviços de saúde cada vez mais ao processo de valorização, o que significa potencialmente destruir os direitos sociais.

Em 1993, segundo a análise de Laurell (1994), a proposta introduziu três novidades quando comparada à de 1987. A primeira ‘novidade’ foi agregar uma crescente preocupação com os efeitos políticos e sociais do projeto neoliberal que ameaçavam inviabilizá-lo, retomando o discurso do ‘combate à pobreza’ já presente no seu *Informe Mundial* de 1990. A outra novidade é que representava, na época, um grande consenso dos principais organismos internacionais sob o lema de ‘Ajuste com Rosto Humano’ difundido pelo Unicef em 1987.¹⁸¹ Por último, registre-se a ênfase na participação de atores sociais emergentes, como as organizações de mulheres e as organizações não-governamentais (ONGs).

Nesse sentido, o setor saúde nos anos 1990 foi campo fértil para o desenvolvimento de políticas focalizadas que ao mesmo tempo contribuíram (ainda contribuem) para a difusão do discurso humanitário e para o ‘alívio da pobreza’. Assim como para a proliferação da filantropia estimulada com a abertura de ONGs em substituição ao Estado, presente também nesse último *Informe* em associação com a grande ênfase e preocupação com a iniquidade de acesso dos pobres aos serviços de saúde.

¹⁸¹ Em 1987, o Unicef, divulgou o estudo de Cornia, G. A.; Jolly, R.; Stewart, F. Adjustment with a human face. Protecting the vulnerable and promoting growth. UK: Oxford-UNICEF, 1987, 2v. Em 1990, o Banco Mundial reiniciou o discurso social de ‘combate à pobreza’ com a publicação do seu relatório denominado *World Development Report 1990: Poverty*. New York: World Bank-Oxford University Press, 1990. Em 1993, o BID-PNUD divulgou o documento Reforma Social e Pobreza, conforme BID/PNUD. Reforma social y pobreza: hacia una agenda integrada de desarrollo. Washington, DC: BID, 1993. Com base na análise dos relatórios do BM, Melo (2004) também chegou à mesma conclusão, pois detectou que a partir dos anos 1990 mudou a direção do discurso ideológico do projeto neoliberal veiculado pelas propostas e ações do FMI e do BM, no sentido de implantar um capitalismo com ‘face humanizada’ nos países ‘em desenvolvimento’. Nesse período, passou-se a valorizar a sobrevivência dos indivíduos e dos mercados, a normalidade democrática, a eficiência da burocracia estatal, uma relação ‘saudável’ de parceria entre atores sociais governamentais e não-governamentais, assim como a proteção do meio ambiente.

No entanto, um dado relevante é que nesse período o gasto mundial com atenção à saúde passou de US\$ 1,7 trilhão, em 1990 (Rizzotto, 2000), para US\$ 2,985 trilhões, em 1997 (OMS, 2000). Nesses dois anos o valor total representava cerca de 8% do produto interno bruto (PIB) mundial, em uma faixa que vai de 4% do PIB nos países ‘em desenvolvimento’ a 12% do PIB nos países desenvolvidos, aproximadamente. De 2000 a 2005, segundo o *Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários – agora mais que nunca* (daqui em diante denominado *Relatório OMS-2008*), o gasto total passou de 8% para 8,6% do PIB mundial, o que significa um mercado nada desprezível para o investimento do capital e sua valorização.

É esse volume de gastos, segundo Rizzotto (2000), que explica o crescente interesse do BM pelo setor saúde, na medida em que este passa a ser visto cada vez mais como um importante mercado a ser explorado pelo capital. O objetivo é facilitar o ingresso do capital privado na oferta de serviços de saúde, ou mais especificamente consolidar o que estamos denominando de burguesia de serviços de saúde, ao mesmo tempo que se redefine o papel dos Estados nacionais no setor.

Do ponto de vista ideológico, os principais argumentos da doutrina neoliberal são: o Estado só deve se ocupar dos problemas de saúde quando o setor privado não quiser ou não puder resolver; e o setor público é ineficiente e inequitativo, em decorrência das diferenças de poder de pressão de distintos grupos sobre o governo, o que explicaria, segundo o relatório *OMS-2000*, o acesso privilegiado dos ‘mais ricos’ em detrimento dos ‘mais pobres’. O setor privado, ao contrário, seria mais eficiente e mais equitativo, já que se rege pela competição e pelo livre mercado; conseqüentemente, atende à demanda das pessoas por serviços médicos de qualidade. Além disso, do ponto de vista pragmático, tanto em 1993 como em 2000 o argumento central foi de que os recursos públicos para a saúde eram e continuarão sendo escassos, o que serve para justificar a emergência da terceira geração de reformas no setor.

Assim, em todas as propostas do BM desenha-se um modelo de assistência destinado aos pobres a cargo do Estado, para quem não tem condições de pagar, e outro a cargo da iniciativa privada para o restante da população que, de alguma forma, pode arcar com os custos de sua saúde. O primeiro está vinculado essencialmente aos riscos que as condições de miserabilidade podem significar em termos de ameaça à estabilidade política, necessária para a continuidade do processo de acumulação e expansão econômica regidas pelas leis do

mercado; o segundo aparece essencialmente ligado aos interesses das ‘forças do mercado’ em explorar a oferta de serviços de saúde, mas principalmente em administrar os fundos de saúde.

Esses interesses estão implícitos no objetivo declarado de “oferecer proteção financeira contra os custos da saúde precária” (OMS, 2000, p. 9) para os mais pobres. Entretanto, diferentemente da proposta de 1993, as ações eventualmente previstas sob o ‘novo universalismo’ não seriam oferecidas exclusivamente pelas instituições públicas, mas também pelas instituições privadas. Se antes o Estado era responsável por uma atenção à saúde considerada ‘primitiva’ dirigida aos pobres, a nova mensagem é que o Estado crie condições para que os pobres também tenham capacidade financeira para comprar serviços médicos no mercado. Da mesma forma, o objetivo de “responder às expectativas das pessoas” (OMS, 2000, p. 9) ou à demanda está vinculado ao propósito de privatização das instituições públicas. Ambos os objetivos parecem responder assim à lógica de radicalização da privatização do setor saúde.

Como em 1993, o *Informe OMS-2000* foi construído com base em dois conceitos: ‘bem público’ e ‘bem privado’.¹⁸² É a partir deles que o BM define qual o papel do Estado e quais os limites de sua atuação na área de saúde.

Para esta instituição, as políticas estatais deveriam se restringir às ações com caráter de bem público; as intervenções no campo do consumo privado de saúde compreendido como ‘o que incide diretamente e beneficia um indivíduo’ só deveriam ser realizadas pelo Estado quando as mesmas comportarem uma grande ‘externalidade’, ou seja, quando o consumo individual beneficiar a muitos. ‘Bens públicos’ é definido pelo Banco como sendo aqueles que ‘caracterizam-se essencialmente pelo fato de que todos podem usá-los ou beneficiar-se deles sem que tais uso e benefício fiquem limitados para os demais’. (BM, 1993, *apud* Rizzotto, 2000, p. 137-138)

Ou seja, a categoria ‘bens públicos’ se baseia nos critérios de não exclusividade – todos se beneficiam – e não rivalidade – seu uso por alguém não exclui seu uso por outros. Com essa definição restrita, em 1993 caberia ao Estado a responsabilidade pelos ‘serviços de saúde pública’ em razão de serem altamente eficazes pelos custos e por sua suposta capacidade em promover comportamentos e ambientes saudáveis, e pelos ‘serviços clínicos essenciais’, por se constituírem em uma estratégia de atendimento clínico para aliviar a pobreza, segundo o BM. Os primeiros contemplam as intervenções com grandes

¹⁸² Apoiada em Bobbio (1992), Rizzotto (2000, p. 138) esclarece que esses conceitos têm suporte teórico na Teoria das Decisões Coletivas, “que partindo de alguns axiomas referentes ao comportamento na escolha individual, estabelece uma série de teoremas relativos à agregação das preferências individuais numa escolha coletiva. O ponto de partida desta teoria é a noção de decisões coletivas, distinguindo entre decisões individuais e as provenientes de uma coletividade. Entretanto, a decisão coletiva não precisa ser necessariamente tomada pela coletividade; uma única pessoa pode decidir por todos, desde que a sua decisão vincule toda a coletividade”.

externalidades, e os segundos incluem intervenções que têm impacto importante na saúde da população pobre.¹⁸³

A categoria ‘bens privados’, por sua vez, parte da premissa de que os serviços médicos podem ser privatizados porque são consumidos por indivíduos (pessoas privadas) e, ademais, em quantidades variáveis. Como esses serviços representam um consumo privado apropriado desigualmente pelas pessoas, segue que é injusto que sejam pagos com fundos públicos; portanto, cada um deve pagar pelos serviços que utiliza. O requisito necessário para que isso ocorra é cobrar um valor pelos serviços, isto é, mercantilizá-los.

A falácia desse argumento é (...) que o fato de que um bem ou serviço seja consumido pelos indivíduos privadamente não impede, em absoluto, que seja considerado de interesse público e garantido pela sociedade através do Estado. Antes pelo contrário, as liberdades e direitos dos cidadãos, princípios fundantes das sociedades modernas, têm caráter público com independência de que se exerçam ou gozem individualmente, porque representam valores éticos compartilhados e prioridades sociais democraticamente fixadas. Dado que a saúde preocupa-se diretamente com a preservação da vida e o desenvolvimento das capacidades humanas, se pode dizer e sustentar que é uma necessidade humana básica no sentido estrito. Por isso, todo ser humano deveria ter o direito à satisfação ótima desta necessidade; direito que só pode ser garantido mediante a ação pública, particularmente nas sociedades marcadas por profundas desigualdades, como são as latino-americanas. (Laurell, 1994, p. 17, tradução livre)

Segundo essa autora, as medidas seletivas e eficientes para aliviar a pobreza crítica, sob a responsabilidade do Estado, estariam justificadas na medida em que os ‘privados-pobres’ não poderiam comprá-las no mercado e porque aos provedores privados não interessaria produzi-las. É por isso que para o BM, em 1993, o financiamento público do ‘pacote de serviços clínicos essenciais’ – também chamados de ‘não discricionários’, cujo conteúdo se estabelece em razão do cálculo custo-benefício e dos recursos públicos disponíveis – tornou-se um imperativo social mínimo. Ao contrário, os serviços ‘discricionários’, ou seja, aqueles que não estão incluídos nesse pacote, deviam ser manejados com critérios mercantis e ficar nas mãos do setor privado que operam sob a lógica do mercado.

¹⁸³ De acordo com Rizzotto (2000), o ‘pacote de saúde pública’ inclui seis áreas de atuação: serviços de saúde para segmentos populacionais, tais como imunização, tratamento em massa para verminoses, triagem em massa de doenças como câncer uterino e tuberculose; nutrição com ênfase em educação nutricional e suplementação alimentar; fecundidade através de serviços de planejamento familiar; tabaco e outras drogas para incentivar a redução do consumo do cigarro e álcool; meio ambiente familiar e externo por meio de medidas para o controle de vetores e poluição, saneamento e políticas para melhorar o ambiente doméstico como renda e instrução; e Aids com políticas de prevenção. O ‘pacote de serviços clínicos’ prevê pelo menos cinco intervenções: atendimento pré-natal, parto e pós-parto; planejamento familiar; controle da tuberculose por meio de medicação; controle das doenças sexualmente transmissíveis; e atendimento a crianças com doenças graves, tais como doenças diarreicas, infecção respiratória aguda, sarampo, malária e desnutrição aguda.

Portanto, nesse momento, os serviços ‘não discricionários’ são compreendidos como de responsabilidade do Estado, conseqüentemente fora da lógica mercantil, porque eram um ‘pacote de serviços clínicos essenciais’ dirigido para a população em estado de pobreza crítica sem capacidade de pagamento para custear os serviços médicos. Por sua vez, o Estado deveria viabilizar mecanismos de financiamento para garantir a capacidade de pagamento, ou seja, garantir uma demanda efetiva e um mercado estável para o restante da população, visando à utilização dos serviços ‘discricionários’, que é a fatia maior da assistência clínica.

Com isso, o BM introduz as seguradoras de saúde como agentes centrais no campo da saúde junto com os prestadores privados do serviço médico. Dedicou uma parte importante de suas propostas às formas de articulação entre financiamento e produção de serviços privados e recomenda como medida central a promoção da competição e a diversidade. A justificativa explícita para transferir o financiamento e/ou a prestação dos serviços clínicos para o setor privado se sustenta em três argumentos, a saber, a pobreza do estado, a ineficiência do setor público e a iniquidade no acesso a seus serviços. (Laurell, 1994, p. 14, tradução livre)

Com os mesmos argumentos, mas principalmente em razão da iniquidade de acesso dos pobres, o *Informe OMS-2000* introduziu como uma das três metas dos serviços de saúde “a equidade das contribuições financeiras” (OMS, 2000, p. xiii), tendo em vista a criação de capacidade financeira, principalmente dos pobres dos países capitalistas dependentes. Essa meta é justificada porque, para ‘surpresa’ da OMS, nos países de baixa renda a maior parte da população, em particular os pobres, tem que pagar do seu bolso pela assistência médica precisamente quando cai doente e mais necessita de dinheiro. São eles também que menos se beneficiam dos sistemas de pré-pagamento associados ao emprego, e seu acesso aos serviços subsidiados pelo Estado é menor que os de setores mais ricos da população.

Assim, a responsabilidade do governo não é apenas melhorar a saúde e responder às expectativas da população, mas também “reduzir a carga regressiva colocada pelos pagamentos diretos para a atenção à saúde, ampliando para eles [para os países de baixa renda, mas não só,] os planos de pré-pagamento, que distribuem os riscos financeiros e atenuam a ameaça dos gastos sanitários catastróficos” (OMS, 2000, p. xi). Sendo assim,

o presente informe apresenta provas convincentes de que o pré-pagamento constitui a forma mais idônea de recolhimento de receitas, enquanto que os pagamentos diretos tendem a ser bastante regressivos e às vezes impedem o acesso à atenção à saúde [dos pobres]. (...) Os dados correspondentes a numerosos sistemas de saúde mostram que o pré-pagamento mediante sistema de seguro conduz a uma maior equidade no financiamento. O principal desafio em matéria de recolhimentos de receitas consiste em ampliar os sistemas de pré-pagamento, atribuindo um papel central ao financiamento público ou ao seguro obrigatório. No que respeita à partilha de receitas, a criação de um fundo comum o mais amplo possível é

fundamental para repartir o risco financeiro envolvido na atenção à saúde, e reduzir assim o risco individual e o espectro de empobrecimento por gastos em saúde.

Nos planos de seguros se combinam os recursos de contribuintes individuais e de outras fontes a fim de repartir os riscos na população. (...) É necessário formular estratégias para ampliar essa partilha de riscos e aperfeiçoar o sistema de subsídios. (...) Se não existem mecanismos viáveis de organização para aumentar os níveis de pré-pagamento, tanto os doadores como os governos devem estudar outras opções para criar mecanismos que permitam desenvolver ou consolidar grandes fundos comuns. Os planos de seguro concebidos, sobretudo para a população pobre, seriam, ademais, uma interessante maneira de canalizar a assistência externa para a saúde, paralelamente à receita fiscal. (...)

Os países de baixa renda poderiam fomentar diferentes formas de pré-pagamento – vinculadas ao emprego, à comunidade ou aos provedores – como parte de um processo preparatório de unificação dos fundos comuns pequenos em outros maiores. É necessário que os governos fomentem a tarifação comunitária (todos os membros da comunidade pagam o mesmo prêmio), um conjunto comum de benefícios e o caráter transferível dos benefícios entre os planos de seguros, e deveriam utilizar-se recursos públicos para cobrir a inclusão da população pobre nesses planos.

Nos países de renda média a política para alcançar sistemas justos de pré-pagamento é fortalecer os planos de seguro obrigatório, com frequência importantes, que estão baseados na receita e nos riscos, tendo cuidado também de aumentar o financiamento público para incluir os pobres. Embora a maioria dos países industrializados já contem com altos níveis de pré-pagamento, algumas dessas estratégias são pertinentes para eles. (OMS, 2000, p. xxi-xxii, tradução livre)

Dessa forma, o argumento da ‘equidade das contribuições financeiras’ fornece as premissas para universalizar o acesso de toda a população ao mercado setorial, isto é, ampliar a mercantilização dos serviços de saúde por meio da iniciativa privada, assim como para criar grandes fundos de saúde subsidiados pelo setor público para serem administrados pelo capital financeiro. Além disso, o *Informe OMS* (2000, p. 38, destaque dos autores), chama atenção para o fato de que o “‘financiamento equitativo’ nos sistemas de saúde significa que os riscos que corre cada família devido aos custos do sistema de saúde se distribuem segundo a capacidade de pagamento e não segundo o risco da enfermidade”. Ou seja, como Laurell (1997) chama a atenção, é um tipo de financiamento que se baseia no princípio de equivalência e não no princípio de solidariedade. Isso significa que o segurado recebe benefícios equivalentes ao pagamento realizado, que é característico do seguro social do ‘Estado de Bem-Estar liberal’ norte-americano, e não com base em fundos comuns e divididos segundo as necessidades de cada um, independentemente da contribuição individual, que caracteriza o ‘Estado de Bem-Estar social-democrata’.

Concomitantemente, o Estado também tem a responsabilidade de empreender um processo público e explícito de estabelecimento de prioridades a fim de determinar o conteúdo do conjunto de intervenções em saúde do ‘novo universalismo’ para toda a população, considerando, entre outros critérios, as doenças prioritárias em âmbito local, a eficácia em razão dos custos e a aceitabilidade social. Para isso, a função reitora é considerada

fundamental no sentido de coletar e combinar informações sobre os fatores de risco, a carga de morbidade e os padrões de utilização dos serviços pela população destinatária; sobre os serviços existentes e as intervenções oferecidas; sobre o número, o tipo de provedores e a estrutura do mercado privado.

Ao contrário do *Informe BM-1993*, como indicado anteriormente, não se indica o conteúdo do ‘pacote de serviços’, nem se distingue ‘serviços de saúde pública’ e ‘serviços clínicos essenciais’, e destes últimos o que seriam os serviços ‘não-discricionários’ e os serviços ‘discricionários’. Nesse sentido, a tendência esboçada é a de que o Estado fique responsável prioritariamente pelas medidas de saúde pública com grandes externalidades e por aquelas que incidam sobre mudanças dos comportamentos individuais – e de maneira geral, que o conjunto da assistência clínica fique sob a responsabilidade do setor privado, inclusive as intervenções definidas sob o ‘novo universalismo’. Isto porque se a definição de prioridades cabe à esfera pública, a prestação de serviços pode ser realizada pelas instituições públicas e/ou privadas.

O Estado deve ter a capacidade de impor as prioridades (capacidade de reitoria) mediante a regulamentação, como por exemplo exigindo que todas as apólices de seguros privados incluam um conjunto de serviços essenciais, mas não necessariamente realizar a prestação de serviços. Pode também apoiar financeiramente as ONGs para atuar juntamente com a população de baixa renda no desenvolvimento de medidas de grande externalidade, como prevenção de doenças, educação em saúde, controle de vetores etc. Assim, parece que o ‘novo universalismo’ é uma política que rejeita o ‘fundamentalismo de mercado’, uma vez que habitualmente são as ‘forças de mercado’ que determinam as prioridades ou a oferta, mas privilegia os interesses dos prestadores privados e do capital financeiro.

Assim, essa proposta se casa perfeitamente com a expansão dos planos de pré-pagamento e das seguradoras de saúde. Ademais, essa proposta converge com a orientação de se organizarem os serviços com base nas demandas das pessoas, característica das reformas de saúde concebidas com base no princípio de que ‘o dinheiro segue o paciente’ – mais especificamente, converge com o modelo do ‘mercado interno’, que operou a reforma do sistema público de saúde britânico, considerado uma ‘experiência exitosa’ pela OMS.

Segundo Almeida (1996), a essência do conceito de ‘mercado interno’ está na distinção entre o papel do prestador da assistência médica e o do comprador de serviços, isto é, a separação entre provisão e financiamento. O uso do termo ‘mercado’ tem a ver com o fato

de que ambas as atividades continuam a ser desenvolvidas no interior das instituições públicas, mas por diversos atores que estabelecem entre si uma relação de troca.

Segundo os defensores do modelo, este mecanismo desencadearia forças concorrenciais através das quais os usuários (isto é, as autoridades sanitárias e não os pacientes, e aqui reside uma diferença importante com o modelo de troca tradicional), ao buscarem comprar prestações médicas específicas, de determinada qualidade e menor preço, induziriam os prestadores a competir entre si em termos de preço e qualidade, com a finalidade de manter ou aumentar sua cota de mercado. A diferença central com o modelo público anterior [do Reino Unido] é a perda da garantia do recurso orçamentário anual, que ‘prescindia, portanto, da capacidade do serviço de atrair pacientes e da necessidade de ‘correr atrás’ das exigências dos compradores para a obtenção de tais recursos para o seu funcionamento. Ou seja, ‘o que conta passa a ser a capacidade dos hospitais de atrair e satisfazer os pacientes’ e os médicos clínicos gerais que fazem as prescrições, o que quer dizer que as autoridades sanitárias, ao efetuar a compra de serviços, deverão levar em consideração também estes atores. (Almeida, 1996, p. 29, destaques nossos)

Tal reforma, segundo esta autora, buscava reduzir a ineficiência técnica, introduzir a economia de escala nos serviços de saúde, reduzir os preços dos fatores de produção, melhorar a qualidade da assistência e oferecer maior possibilidade de escolha e de satisfação da demanda em termos de modalidade e tempo de tratamento. A introdução e a simples ameaça de competição procuravam induzir os hospitais públicos a considerarem maior atenção na qualidade e no preço da atenção à saúde para possibilitar o acesso e a livre escolha do paciente. A autora relaciona uma série de argumentos a favor e contra esse tipo de reforma, mas sua análise permite dizer que o princípio de que ‘o dinheiro segue o paciente’ está vinculado ao avanço do processo de financeirização do capital no setor saúde, e que o objetivo declarado de ‘responder às expectativas das pessoas’ ou à demanda dos pacientes é mais um fetiche do que uma realidade. No primeiro caso, na medida em que nesse tipo de reforma, tal qual na proposta de *managed competition* assinalada no item anterior, há uma redução do poder dos médicos e aumento do poder dos administradores do tipo *chief executive officer* ou *managers*, típico de uma empresa privada. Responsáveis pelo estabelecimento e controle dos orçamentos hospitalares, entre outras funções,¹⁸⁴ eles buscam essencialmente o controle de custos ou a economia de escala, induzindo os hospitais públicos a funcionarem da mesma forma que as cadeias lucrativas, utilizando-se de estratégias predominantemente financeiras com vistas a operar e intervir nos mercados financeiros

¹⁸⁴ Almeida (1996) relaciona as seguintes funções: controle do orçamento fixo, com possibilidade de redistribuição interna entre os serviços; contratação de serviços dentro e fora do distrito sanitário, em um leque de opções nos campos público e privado; reformulação de contratos, seja com médicos clínicos gerais, seja com especialistas, de modo a rever critérios e fornecer incentivos; negociação em nível local dos salários do pessoal; recolhimento de fundos sobre o mercado de capitais privados; e venda de propriedades distritais existentes, se for o caso.

mundializados, particularmente no mercado de ações, para a valorização especulativa do capital.

No segundo caso, na medida em que o modelo de ‘mercado interno’, na verdade, favorece muito mais a ‘livre escolha’ da autoridade sanitária do que da ‘clientela’, pois é a autoridade sanitária que no fim das contas determina qual o tipo de assistência será prestada e onde, visando salvaguardar os tetos de gasto, sem qualquer possibilidade de interferência do paciente. Nesse modelo, a esfera pública compra os serviços de assistência médica através de contratos com as instituições privadas ou mesmo com as instituições públicas e determina qual ‘pacote de serviços’ será oferecido, entre os quais, por exemplo, o do ‘novo universalismo’.

Enfim, como diz Navarro (2006), as provas do impacto das desigualdades econômicas e sociais em saúde e na qualidade de vida das pessoas estão muito bem documentadas, e existem provas suficientes de que as forças políticas comprometidas com a redistribuição dos recursos são mais eficazes para a melhoria da saúde da população do que aquelas que não se ocupam da redistribuição. Essas provas científicas não são consideradas no documento, e para favorecer a sua posição ideológica, os autores do *Informe OMS-2000* se esforçaram muito, segundo Navarro (2006), em manipular os dados e distorcer a realidade, para justificar a privatização dos serviços de saúde, dismantelar os serviços públicos financiados e sustentados com fundos públicos e priorizar os seguros médicos. Em 2006, Navarro argumentava que a eleição de um novo diretor-geral era uma oportunidade para inverter a tendência neoliberal da OMS, no sentido de enfrentar governos (leia-se: EUA e Reino Unido) e grupos de pressão poderosos, oferecendo uma liderança moral e científica para defender os princípios da Constituição da OMS.

Entretanto, uma rápida leitura do *Relatório OMS-2008* não permite dizer que tenha havido uma inversão. Ao contrário, os argumentos neoliberais ainda permanecem dando a direção, só que agora o tom da análise é mais próximo do sentido de ‘governança’ proposto pelo programa da Terceira Via sistematizado por Anthony Giddens, que compreende tanto as capacidades administrativa e reguladora do Estado ‘necessário’ como a capacidade de potencializar as comunidades na resolução dos seus problemas e a necessidade de construir uma ‘sociedade civil ativa’.

A título indicativo, apenas para cotejar alguns elementos presentes em ambos os documentos e elementos novos aí incluídos, o *Relatório OMS-2008*, logo de início, se propõe

a revisitar “a visão ambiciosa dos cuidados de saúde primários” e “identificar as avenidas mais importantes para os sistemas de saúde estreitarem os intoleráveis vazios entre aspiração e implementação” (OMS, 2008, p. ix), com a definição de quatro conjuntos de reformas: da cobertura universal, da prestação de serviços, das políticas públicas e das lideranças.

O fundamental destas reformas vai muito além da prestação de serviços ‘básicos’ e abarca o conjunto dos elementos estruturantes dos sistemas nacionais de saúde. Por exemplo, alinhar serviços de saúde pelos valores que orientam os CSP [justiça social, direito à saúde para todos, participação e solidariedade] exigirá políticas ambiciosas de recursos humanos. No entanto, seria uma ilusão pensar que elas podem ser desenvolvidas isoladamente das políticas de financiamento ou prestação de serviços, das reformas do funcionalismo público e dos acordos sobre a migração transfronteiriça de profissionais de saúde.

Paralelamente, as reformas dos CSP (...) têm de ser mais sensíveis à mudança social e ao aumento de expectativas associado ao desenvolvimento e à modernização. As pessoas têm cada vez mais voz ativa sobre a saúde como parte integrante de como elas e as suas famílias vivem o seu dia-a-dia, e sobre a forma como a sociedade aborda as questões da saúde e dos cuidados de saúde. (...) A necessária reorientação dos sistemas de saúde tem de ser baseada em evidências científicas sólidas e na gestão racional da incerteza, mas também deve integrar o que as pessoas esperam da saúde e dos cuidados de saúde para si próprias, as suas famílias e a sua sociedade. Isto requer concessões e negociações, muitas vezes delicadas, com múltiplos parceiros, e o abandono de modelos lineares e imposições de cima-para-baixo observados no passado. Assim, as reformas dos CSP de hoje não são definidas nem pelos elementos estruturantes a que se dirigem, nem pela escolha das intervenções de controle de doença a universalizar, mas pelas ‘dinâmicas sociais que definem o papel dos sistemas de saúde na sociedade’ [tendo em vista que os princípios éticos formais propugnados na Declaração de Alma Ata evoluíram para expectativas sociais generalizadas, em decorrência da ‘modernização’ das sociedades]. (OMS, 2008, p.xvi, destaque nosso)

Partindo da premissa de um ‘mundo em transformação’ em consequência da ‘globalização intensificadora’, o *Relatório OMS 2008* identifica três tendências dos sistemas de saúde que não contribuem para a equidade e a justiça social e são pouco eficientes nos seus resultados. O aspecto central da primeira é a oferta desproporcional de cuidados curativos especializados, ou o que a OMS denomina de ‘hospitalocentrismo’. A segunda se caracteriza pela prestação de serviços fragmentados com base em uma multiplicidade de programas e projetos de controle de doenças com objetivos imediatistas e num espírito de comando-e-controle. Por último, vem aquela em que predomina uma abordagem *laissez-faire* de governança da saúde que facilita a expansão da comercialização não regulada.

Para a OMS (2008), a iniquidade de acesso, os custos empobrecedores da assistência médica e a erosão da confiança nos cuidados de saúde resultantes dessas tendências constituem uma ameaça à estabilidade social, e a pobreza é apresentada como resultado do pagamento direto de cuidados de saúde devido à falta de seguro-saúde. Em vista disso, a reforma da cobertura universal deve combinar-se com a expansão da proteção social da saúde, entendida como a organização de fundos comuns e de mecanismos de pré-pagamento, em

substituição aos pagamentos diretos pelos serviços prestados com a finalidade de eliminar a exclusão social e as desigualdades sociais em saúde. Da mesma forma que o *Informe OMS-2000*, o *Relatório OMS 2008* afirma a existência de “uma imensidade de evidências [científicas] que demonstram que a proteção financeira é melhor e a despesa catastrófica é menos frequente, em países onde predominam os pré-pagamentos para os cuidados de saúde e se recorre menos a pagamentos diretos” (idem, p. 26).

O passo mais importante que um país pode dar para fomentar a equidade em saúde é promover a cobertura universal: acesso universal a todo um leque de serviços de saúde necessários, pessoais ou não-pessoais, com proteção social da saúde. Quer os sistemas para garantir a cobertura universal estejam assentes em impostos, quer em seguros sociais de saúde, ou numa combinação de ambos, os princípios são os mesmos: juntar num fundo comum contribuições pré-pagas, determinadas com base na capacidade de pagamento de cada um, e utilizar esses fundos para garantir a disponibilidade e acessibilidade de serviços que produzem cuidados de qualidade para aqueles que precisam deles, sem os expor ao risco de despesas catastróficas. (OMS, 2008, p. 27)

O *Relatório OMS-2008* não se refere à noção de ‘novo universalismo’, mas defende a definição de um “pacote essencial” para toda a população e não somente para os pobres; nem define o seu conteúdo, apenas sugere alguns “princípios de boas práticas” com base na experiência chilena.¹⁸⁵ A ideia central aqui é superar a focalização baseada num pequeno número de doenças selecionadas, principalmente as infecciosas e agudas, “alargando o espectro de riscos e de doenças abrangidas” (OMS, 2008, p.xv), o que significa retomar a mesma abordagem sem necessariamente fazer referência àquela noção.

No entanto, a reforma da prestação de serviços deve ser orientada pelas necessidades e expectativas das pessoas e organizada com base em equipas multidisciplinares próximas dos ‘clientes’, que sejam responsáveis por uma população definida, colaborem com os serviços sociais e outros setores, e coordenem as contribuições dos hospitais, especialistas, organizações profissionais e da sociedade civil. O *Relatório OMS-2008* reafirma os cuidados primários como porta de entrada do sistema de saúde, apoiada por uma rede de cuidados primários, mas associada com a liberdade das pessoas de escolherem o prestador de saúde que lhes convier.

Não importa se estas redes são ampliadas através da contratualização de prestadores comerciais, ou de prestadores sem fins lucrativos, ou ainda através da revitalização de instalações públicas disfuncionais. O que interessa é garantir que os prestadores oferecem cuidados em um nível aceitável. (OMS, 2008, p. 35)

¹⁸⁵ Ver box 2.2 do relatório, denominado “Definir os ‘pacotes essenciais: o que tem de ser feito”, (OMS, 2008, p. 29).

Diferentemente do *Informe OMS-2000*, esse relatório dá muita ênfase às “competências sociais e biomédicas” que devem ter os trabalhadores de saúde – médicos, enfermeiros profissionais e auxiliares, pois “não é aceitável que em países de baixa renda, os cuidados primários sejam sinônimo de cuidados não profissionais com escassos conhecimentos técnicos para os pobres de zonas rurais que não podem se dar ao luxo de ter melhor” (OMS, 2008, p.xviii).¹⁸⁶ Essa ênfase está associada com a capacidade de resposta e de antecipação dos desafios que os serviços de saúde devem ter em relação à população, com a necessidade do trabalho de coordenação da equipe juntamente com os parceiros locais e com a construção do que o relatório chama de “cuidados primários orientados para as pessoas”,¹⁸⁷ que visa “colocar as pessoas no centro dos cuidados de saúde, harmonizando a mente e o corpo, as pessoas e os sistemas” (OMS, 2008, p. xvii).

Hoje em dia, muitos dos cuidados de saúde, quer públicos, quer privados, são organizados em torno daquilo que os prestadores consideram ser eficaz e conveniente, frequentemente com pouca atenção ou compreensão sobre o que é importante para os seus clientes [leia-se: organizados com base nas ‘necessidades presumidas’]. As coisas não têm de ser assim. Como a experiência tem demonstrado – particularmente, a dos países industrializados –, os serviços de saúde podem ser mais orientados para as pessoas [leia-se: ‘o dinheiro segue o paciente’]. (...) Só os serviços orientados para pessoas é que irão minimizar a exclusão social e evitar deixar as pessoas à mercê de cuidados de saúde comercializados de forma desregulamentada, em que a ilusão de um ambiente mais acolhedor acarreta um preço pesado em termos de despesa financeira e iatrogenia. (OMS, 2008, p. 18-19)

Para esse tipo de organização de serviços, estão superadas as iniciativas de expansão do acesso aos cuidados de saúde com base nos agentes comunitários de saúde de tipo tradicional, leigo, não profissional. O único valor a ser preservado é a “competência cultural e relacional” (OMS, 2008, p.18) desses trabalhadores, sendo considerada a principal vantagem comparativa em relação ao trabalhador moderno profissionalizado, pois se essa forma de organização pressupõe a dimensão técnica, exige uma atuação profissional fortemente dirigida à dimensão social da prática.

Assim, esse tipo de trabalho pressupõe o alargamento do espectro de riscos e de doenças abrangidos no pacote essencial, como também a ampliação do perfil profissional, pois envolve a integralidade da atenção; medidas para facilitar o acesso aos diversos tipos de

¹⁸⁶ Traduzida da versão em espanhol, que diz: “es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sea sinónimo de atención prestada por personal no profesional con escasos conocimientos técnicos a los pobres de zonas rurales que no pueden permitirse nada mejor”.

¹⁸⁷ Suas características são: foco nas necessidades de saúde; relação personalizada que perdure no tempo; compreensibilidade, continuidade e orientação para a pessoa; responsabilidade pela saúde de toda a comunidade durante o ciclo de vida; responsabilidade pelo combate aos determinantes da doença; e parceria das pessoas na gestão da sua própria doença e da saúde da sua comunidade (ver OMS, 2008, quadro 3.1, p. 45).

tecnologias – não apenas às tecnologias simples – e medicamentos; a promoção de estilos de vida saudáveis e mitigação dos efeitos dos riscos sociais e ambientais; a construção de uma relação de confiança entre a população e os prestadores de serviços; o incentivo à participação institucionalizada da sociedade civil em diálogos políticos e à criação de mecanismos de responsabilização; o ‘empoderamento’ das famílias para elas fazerem escolhas consideradas relevantes para a saúde; e o conhecimento de como se lidar com a diversidade e a incerteza das situações sociais. Portanto, diante dessa complexidade social, os cuidados primários de saúde devem ser profissionalizados, particularmente no que diz respeito ao aumento da escolaridade ou do tempo de formação geral e técnica dos trabalhadores técnicos de saúde.

O factor limitativo de uma expansão faseada de redes de cuidados primários é a falta de quadros estáveis de pessoal de nível médio com capacidades de liderança para organizar distritos de saúde e com a capacidade de manter, ao longo dos anos, o esforço constante que é necessário para se conseguirem resultados sustentáveis para toda a população. (OMS, 2008, p. 32)

No que diz respeito à reforma das políticas públicas, a OMS indica que esse tipo de reforma envolve mais do que a ideia clássica da saúde pública de priorizar ações voltadas principalmente para o abastecimento de água, saneamento básico e educação em saúde, como forma de prevenção das doenças. As reformas dos cuidados primários precisam ser acompanhadas de outras políticas que se relacionam com medicamentos essenciais, tecnologias, recursos humanos e financiamento. Mas também de políticas que são controladas por outros setores, tais como aquelas relacionadas com os currículos escolares, as políticas industriais relativas à equidade de gênero, a segurança alimentar e de bens consumíveis, transporte de resíduos tóxicos etc. O pressuposto é que ‘políticas públicas saudáveis’ garantem ‘comunidades mais saudáveis’.

Quanto à reforma das lideranças, a direção é a formação de lideranças públicas com base na negociação, participativa e inclusiva, e segundo modelos colaborativos de diálogo político com múltiplos parceiros.

O governo da saúde é um desafio importante para os Ministérios da Saúde e outras instituições, governamentais e não-governamentais, implicadas em liderar a saúde. Já não basta uma mera administração do sistema: tem de se estabelecer organizações aprendizes. Isto requer uma liderança inclusiva que se comprometa com uma variedade de parceiros mesmo à margem do setor público, dos clínicos à sociedade civil, e das comunidades aos investigadores e acadêmicos. (OMS, 2008, p.xix)

Todas as reformas propostas no *Relatório OMS-2008* estão implicadas naquilo que o *Informe OMS-2000* denomina de ‘capacidade reitora’, que se traduz neste último como ‘governança na saúde’, tanto para regulamentar a prestação de serviços de saúde como para fomentar a participação e o chamado ‘empoderamento’ da sociedade civil. Em ambos os documentos, é forte a convicção de que o Estado é incapaz de garantir a universalidade e que os recursos públicos são e serão escassos para garantir o acesso de toda a população aos serviços de saúde. Assim, a indistinção entre público e privado e a participação de ONGs em atividades antes exclusivas do Estado são naturalizadas e tratadas como fatos incontornáveis. Parece que a novidade do *Relatório OMS-2008* é deixar mais clara a incorporação do trabalho de saúde pública ao circuito do capital, tanto com a privatização e a criação de mecanismos de financeirização quanto com a ampliação do mercado consumidor de tecnologias – equipamentos e medicamentos.

Em ambos os documentos, é analisada uma série de medidas para regular, reduzir ou compensar os abusos privados, mas pouco se diz sobre as formas de se alcançar um financiamento público estável e abrangente que incorpore toda a população. Apesar de sabidamente conhecido que a busca de lucro explica uma parte importante da ineficiência e da utilização de métodos inadequados de diagnóstico e tratamento pelos hospitais privados, que estão na base da ‘inflação da saúde’, insiste-se no impulso para que as instituições privadas se responsabilizem pela produção dos serviços médicos e abrem-se as possibilidades de se transferir a administração dos fundos de saúde ao capital financeiro.

Dessa maneira, no lugar da defesa da universalização do direito à saúde e da busca do fortalecimento e da melhoria dos serviços públicos, a agenda homogeneizadora construída pela OMS com a ajuda do BM indica a universalização da atenção à saúde por meio da privatização das instituições públicas e das modalidades de planos de pré-pagamento e seguros-saúde. Em outras palavras, aponta para a construção de um modelo de proteção social em saúde de matriz liberal e não para a constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. Parece ser esse o principal sentido do ‘novo universalismo’ – universalidade, sim, mas sob a direção das ‘forças do mercado’.

4.3 A contrarreforma inconclusa do SUS, a organização da *burguesia de serviços de saúde* no Brasil e os novos rumos da formação dos trabalhadores técnicos de enfermagem

A década de 1990, no Brasil, converge para um amplo consenso neoliberal favorável à implementação do programa de estabilização, ajuste e reformas institucionais do FMI e do BM, conforme o Consenso de Washington e suas metas principais de abertura irrestrita da economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento do Estado com a privatização das empresas estatais e demissões em massa. No plano das políticas sociais, se assiste a privatização do financiamento e da produção de serviços, a precarização das políticas sociais públicas com corte nos gastos sociais, a focalização dos gastos nos grupos mais carentes e a descentralização em nível local.

Essas profundas mudanças na nossa produção da existência se efetuaram paulatinamente e interferiram nos rumos da organização do trabalho em saúde e na formação dos trabalhadores técnicos de enfermagem, ao longo dos anos 1990 e início dos anos 2000. A análise que realizaremos está organizada em torno dessas duas conjunturas, pois as principais mudanças na formação desses trabalhadores ocorrem ao final dos noventa e adentram os anos 2000 com novas perspectivas que se desenvolvem segundo a lógica do mercado da saúde.

A primeira conjuntura compreende os períodos do governo Collor (1990-1992), o governo Itamar Franco (1993-1994) e os dois mandatos do governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), e a segunda o atual governo Lula da Silva (2003-2009). Nas duas conjunturas procuraremos verificar as mudanças operadas na organização das relações sociais capitalistas na nossa formação social concreta. Especial realce será dado às medidas adotadas que impediram uma reforma sanitária tal qual pensada pelos reformadores nos anos 1980. Isto é, ao contrário de uma reforma setorial na qual o Estado continuaria sendo o gestor e prestador direto dos serviços de saúde, concomitantemente com uma reforma social que incorporasse a questão da saúde em suas múltiplas dimensões, o que se verifica é uma contrarreforma inconclusa.

A segunda ênfase será a formação do que estamos denominando de *burguesia de serviços de saúde*, procurando verificar suas diferenças em relação à *burguesia empresarial*

nacional na área de saúde (Oliveira e Teixeira, 1986) e os elementos de continuidade, e o seu movimento de organização. Por último, destacaremos as mudanças operadas na formação dos trabalhadores técnicos de enfermagem com a criação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), em 1999, bem como os novos projetos de profissionalização dos trabalhadores técnicos de saúde que, embora incipientes, estão sendo encaminhados pela *burguesia de serviços de saúde* para o século XXI.

Os estudos consultados indicam que, além dos aspectos econômicos, os determinantes desse processo se vinculam a mudanças que ocorrem no plano societário no qual se verificam uma redução da noção de democracia e o reordenamento da sociedade civil e das classes sociais (Coutinho, 2006, 2008; Fontes 2005, 2006, 2008; Neves, 2005). No plano setorial, as mudanças estão relacionadas com a constituição do Estado Gerencial que provoca mudanças nas formas de privatização, ao mesmo tempo que a *burguesia empresarial nacional* na área de saúde adere à vulgata neoliberal da globalização, competitividade, produtividade, reestruturação produtiva, revolução tecnológica e financeirização da economia (Pires, 1998; Bahia, 2001, 2005, 2008; Andreazzi e Kornis, 2003). No campo educacional, as mudanças se relacionam à emergência do Estado Gerencial e à difusão da noção de sociedade do conhecimento articulada à pedagogia das competências e à empregabilidade (Ramos, 2001, 2007, 2009; Frigotto, 2006, 2009), bem como com a disputa intraclasse entre a burguesia do comércio e a *burguesia de serviços de saúde* pelo acesso e controle do fundo público para a formação dos trabalhadores técnicos de saúde.

Por contrarreforma estamos entendendo o processo de definição e implementação de políticas que caminham no sentido oposto aos princípios do SUS aprovados constitucionalmente, particularmente no que diz respeito à universalização do direito à atenção médica, na oferta majoritariamente pública dos serviços de saúde, no financiamento baseado em tributos e mesmo na gratuidade do sistema. Houve uma conquista formal inscrita na Constituição, mas, na prática, as políticas emanadas do Estado, por um lado, focalizaram o gasto em programas compensatórios por meio das instituições públicas e, por outro, cristalizaram a segmentação do sistema através do apoio às instituições privadas.

A contrarreforma não foi mais radical porque o direito à saúde não chegou a ser desconstitucionalizado nos anos 1990, apesar das tentativas ocorridas durante o primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso (FHC), devido à mobilização de diversos setores – entre eles, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de

Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o movimento sindical dos funcionários públicos e a Frente Parlamentar da Saúde (FPS). É nessa perspectiva que afirmamos que a contrarreforma na área de saúde constitui-se em um processo inconcluso. Desse ponto de vista, as análises de Boito Jr. (1999), Rizzotto (2000) e Werneck Viana (2005), por exemplo, permitem dizer que a Constituição representou nos anos 1990 um dos grandes obstáculos às contrarreformas neoliberais. Entretanto, a mobilização realizada não impediu nem a contrarreforma, com o consentimento explícito (ou não) de parcela do movimento sanitário, nem abortou a ideia de desconstitucionalização dos direitos sociais durante o governo Lula da Silva.

4.3.1 Anos 1990: a construção do Estado Gerencial, a organização da *burguesia de serviços de saúde* e a criação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae)

O processo de reordenamento da sociedade civil brasileira é um fenômeno que envolveu e ainda envolve vários elementos. Entre eles, a redefinição da relação entre sociedade política e sociedade civil, o que pressupõe a alteração na estrutura da aparelhagem estatal e mudanças na arquitetura e na dinâmica da sociedade civil; a repolitização da organização da classe trabalhadora; e o redirecionamento do foco da luta política (Neves, 2005).

A primeira etapa desse reordenamento se configura do início dos anos 1990 até a implantação do Plano Real. Com o governo Collor (março/1990 a dezembro/1992) e a adesão das classes dominantes à ideologia neoliberal, a organização da sociedade brasileira passa a ficar muito mais próxima do ‘modelo americano’ ou liberal-corporativo, que concebe a democracia de modo minimalista, como se dissesse respeito apenas à rotatividade das elites no poder por meio de processos eleitorais. Nesse ‘modelo’ predomina uma estruturação do poder baseada na existência de partidos sem definição ideológica, que atuam como uma frente inorgânica de múltiplos *lobbies*, isto é, de grupos corporativos, sem uma base social homogênea e projetos de sociedade, aliados ao livre jogo do mercado e a um mercado político para a resolução dos conflitos dos grupos mais organizados.

Seguindo as diretrizes do FMI e do BM, o governo Collor inicia com o Programa Nacional de Desestatização o desmonte do Estado desenvolvimentista. A partir daí, a desmobilização do setor público assume papel central na agenda governamental, tornando-se instrumento-chave do processo de ajuste fiscal. Com isso, o Estado vai deixando de ser o responsável direto pelo desenvolvimento socioeconômico, afastando-se das funções de produção de bens e serviços, e a burguesia passa a ser a principal promotora da dinâmica econômica capitalista. Com a privatização da indústria de transformação nas áreas de petroquímica, siderurgia, mineração e fertilizantes, por exemplo, Pochmann (2001) calcula uma perda líquida de 246 mil postos de trabalho entre 1990 e 1994.

Do ponto de vista político, esse processo exigiu do novo bloco de poder, além dos instrumentos coercitivos inerentes às relações sociais capitalistas, estratégias de convencimento da população no sentido de que as medidas liberalizantes levariam todos ao ‘admirável mundo novo’ da globalização e que a dívida social seria superada. Isso também atendia aos interesses das classes dominantes, ávidas com “a possibilidade de internacionalizar de vez seu padrão de vida, juntamente com a possibilidade [...] de desterritorializar sua riqueza [...]” (Paulani, 2006, p. 87).

O novo bloco do poder inicia especialmente pelos meios de comunicação de massa o processo de desqualificação da política e dos políticos por meio de denúncias de corrupção, de combate ao sindicalismo autônomo dos trabalhadores, além do apoio e incentivo dos empresários ao ‘sindicalismo de resultados’. A sociedade civil passa a ser apresentada como uma instância apolítica, como base para o exercício do controle social sobre o parlamento, em lugar de uma arena de luta de classe. Garantem-se os espaços políticos ocupados e mesmo sua ampliação, mas redefine-se a sua natureza.

Para Fontes (2008, p. 192), a rearticulação do sindicalismo pelego em torno da Força Sindical (FS) de Luiz Antonio de Medeiros e seu ‘sindicalismo de resultados’, criado em 1991, é “a chave para a compreensão dos processos subsequentes na formatação de uma nova modalidade de subalternização para os trabalhadores no Brasil, em contexto representativo”, e para a reconfiguração da sociedade civil, em particular.

O papel que a FS cumpre nesse sentido está vinculado tanto por sua aproximação do empresariado, principalmente as empresas monopolistas sediadas em São Paulo, como pelas novas formas de comportamento sindical atado ao corporativismo, de cunho imediatista, e pela incorporação das práticas neoliberais. Entre elas, a ‘reengenharia’ dos sindicatos, a busca

da eficiência e da eficácia econômicas, o agenciamento de serviços, a venda de seguros diversos – que vão contribuir para desmantelar a luta por direitos universais, oferta de cursos pagos e preparação da mão-de-obra para a ‘empregabilidade’. A própria CUT é enredada progressivamente nessa trama que vai descaracterizando-a como sindicalismo ‘classista’, tornando-a cada vez mais próxima de um sindicalismo ‘cidadão’.

No plano partidário, o PT ainda exercia uma função que o diferenciava do conjunto dos partidos e qualificava a sua atuação política, com a explicitação da precedência da organização classista sobre a representação eleitoral, que progressivamente abandonaria. O PSDB vai se constituindo de forma incipiente numa força política capaz de expressar o novo projeto político do empresariado.

As organizações não-governamentais (ONGs) começam a ter maior visibilidade na cena política, com uma crescente profissionalização que as habilitaria mais adiante para um novo tipo de privatização na área de serviços, como setor público não-estatal. Num contexto de deterioração das condições de vida da população, que amplia a demanda por serviços públicos, a ‘filantropia’ se desdobra nos anos 1990 numa cidadania da urgência e da miséria, contribuindo para segmentar o movimento social e converter as organizações populares em instâncias de ‘inclusão cidadã’ sob intensa atuação governamental e direção empresarial (Fontes, 2008).

Entretanto, para Neves (2005, p. 15), mais que ‘filantropia’, essa nova forma de atuação, que iria se efetivar de maneira mais organizada com o governo FHC, é um instrumento de formação de um novo padrão de sociabilidade ancorado

na ‘conciliação’ de interesses de grupos ‘plurais’, na alternância de poder entre os partidos políticos ‘renovados’, na auto-organização e envolvimento das populações com questões ligadas às suas localidades, no trabalho voluntário e na ideologia da responsabilidade social das empresas.

Do ponto de vista da política de saúde, com o governo Collor e a implementação do receituário neoliberal, aliado a um Congresso Nacional que se desloca para a direita após as eleições de novembro de 1990, a conjuntura ficaria mais desfavorável para a implementação da reforma setorial. Principalmente no que diz respeito ao financiamento do setor e às

demandas de descentralização política, administrativa e financeira dos serviços de saúde, iniciadas na década de 1980, após o Plano Conasp.¹⁸⁸

Nesse sentido, a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (Lei n° 8.080, de 19/9/1990, e Lei n° 8.142, de 28/12/1990), de natureza abrangente e progressista,¹⁸⁹ no final de 1990, só foi possível porque o Congresso Nacional era o mesmo da Assembleia Nacional Constituinte. E apesar dos embates entre os defensores do SUS público, universal e participativo, e os setores identificados com os interesses privados e corporativos, que ressurgiram durante a tramitação dessas leis infraconstitucionais, a correlação de forças no Congresso Nacional ainda era favorável ao SUS constitucional (Rodriguez Neto, 2003).

Entretanto, a despeito da Lei Magna e das Leis Orgânicas de Saúde, a restrição orçamentária a que passa a ser submetido o gasto social nega a base fiscal à seguridade social, na qual o setor saúde foi incorporado pela Constituição Federal (CF).¹⁹⁰ Essa restrição não é específica do período Collor-Itamar, mas uma medida central da lógica neoliberal que atravessa os anos 1990 e a primeira década do século XXI.

¹⁸⁸ A partir de 1990, o processo de descentralização dos serviços de saúde passou a ser regulamentado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs). No período 1990-1994, foram editadas três NOBs – 1991/1992 (governo Collor) e 1993 (governo Itamar Franco). Esta última representou, na época, uma reação à ‘municipalização tutelada’ implementada durante o governo Collor que, em vez de regulamentar o art. 35 da Lei Orgânica da Saúde, privilegiou o antigo mecanismo convencional de transferências de recursos para os municípios e o pagamento direto aos setores público e privado de saúde pelo MS/Inamps. Ver: Brasil-MS (1993). Isso não significou, porém, a extinção da relação tutelar do MS em relação aos estados e municípios brasileiros. Essa relação se reproduziu sob outras formas, com a utilização de mecanismos e incentivos financeiros pelo MS para a indução de políticas nessas instâncias subnacionais.

¹⁸⁹ As Leis Orgânicas da Saúde expressam tanto o conceito ampliado de saúde como a incorporação da sociedade civil no âmbito do SUS. Elas apontam para uma visão multissetorial ou intersetorial da questão da Saúde, rejeitando sua vinculação a uma visão estritamente biologicista. Assim, dispõem que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (art. 2º da Lei 8.080); e definem que: a) “o dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais [...]” (§ 1º, art. 2º); b) que a saúde é determinada e condicionada, entre outros fatores, pela “alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (art. 3º da Lei 8.080); c) que o SUS contará em cada esfera de governo com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Lei determina que as Conferências de Saúde se reúnam a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde nas três esferas de governo. Os Conselhos de Saúde, por sua vez, com caráter permanente e deliberativo, devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na esfera correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Além disso, a lei define que a representação dos usuários em ambas as instâncias é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde) (art.1º da Lei 8.142); d) por último, orienta as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e exige a formulação de planos de saúde e a criação de fundos de saúde (art. 3º e 4º da Lei 8.142).

¹⁹⁰ Nas suas disposições transitórias, a CF destinou 30% do orçamento da Seguridade Social à Saúde, e no art. 195 define a criação de receitas para financiar ações e benefícios das três áreas que a compõem (Saúde, Previdência e Assistência). Para dar conta das despesas da proteção social brasileira e tornar o financiamento menos dependente das variações cíclicas da economia, principalmente do emprego no mercado formal de trabalho, a CF define que os recursos da seguridade social teriam como base o salário (contribuições de empregados e empregadores), o faturamento (trazendo para seu interior o Fundo de Investimento Social, o Finsocial, transformado em 1991 na Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social [Cofins], e o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/Pasep), o lucro líquido das empresas (Contribuição sobre o Lucro Líquido – CLL) e a receita de concursos e prognósticos. Além dessas fontes, a seguridade contaria com recursos de impostos da União, dos estados e municípios. Neste último caso, somente depois da aprovação da EC-29/2000 é que foi estipulada a forma da inserção da União, dos estados e dos municípios no financiamento do SUS.

Werneck Vianna (2005), por exemplo, tomando o ano de 2002 como base de cálculo, demonstra que a Seguridade Social tal qual pensada constitucionalmente não é deficitária, apesar dos insistentes apelos dos governos FHC e Lula da Silva quanto à sua inviabilidade, particularmente no que diz respeito aos gastos com a Previdência Social. A partir de um exercício virtual realizado com base nos montantes de arrecadação de todas as receitas previstas para o sistema estabelecidas na CF, bem como considerando as despesas realizadas, a autora diz que o total arrecadado em 2002, se fosse rigorosamente aplicado, o que nunca foi, cobriria com folga os gastos de seguridade, mesmo incluindo nesse cálculo aqueles realizados especificamente pelo setor saúde. Nessa perspectiva, pode-se dizer que o déficit previdenciário e o desfinanciamento da saúde foram construídos como forma de submeter o orçamento da seguridade social à lógica da financeirização dos orçamentos públicos.¹⁹¹

A questão do desfinanciamento do SUS, portanto, está vinculada à desconstrução do conceito de Seguridade Social e à lógica da financeirização da economia brasileira, aspecto central do novo modo de acumulação de capital baseado na reprodução ampliada do capital fictício, que se implanta de maneira definitiva com o governo FHC.

Diferentemente do conceito de Previdência Social, o de Seguridade significa “um sistema de cobertura de contingências sociais destinado a todos os que se encontram em estado de necessidade, não restringindo os benefícios nem aos contribuintes nem à perda da capacidade laborativa” (Werneck Vianna, 2005, p. 91). Sua realização efetiva pressupunha uma base expandida de financiamento, orçamento próprio e órgão gestor único. Entretanto, a própria legislação posterior efetivou a segmentação das áreas¹⁹² e da administração dos recursos formalmente estabelecidos pela CF, abrindo espaço para o uso aleatório destes segundo a disponibilidade do Tesouro Nacional e para fins distintos das finalidades da seguridade, o que provocou ao longo do tempo o desequilíbrio do sistema, principalmente após a criação do Fundo Social de Emergência, em 1994.¹⁹³ Assim, apesar de esse sistema

¹⁹¹ Sobre a mesma perspectiva, consultar o estudo de Marques, R.M. e Mendes, A. O governo Lula e a contrarreforma previdenciária. São Paulo Perspectiva, v.18, n.3, São Paulo, jul.-set. 2004, p. 3-15.

¹⁹² Em 1990, além das Leis Orgânicas da Saúde, é aprovada a Lei nº 8.029, de 12/4/1990, que cria o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), com a fusão do Iapás com o INPS. Em 1991, é aprovada a Lei Orgânica da Seguridade Social (Lei nº 8.212, de 24/7/1991), mas que estabelece apenas o Plano de Custeio da Previdência Social, e a Lei nº 8.213, de 24/7/1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Em 1993, é aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742, de 7/12/1993).

¹⁹³ O Fundo Social de Emergência, depois designado Fundo de Estabilização Fiscal e atualmente Desvinculação das Receitas da União (DRU), permite que anualmente 20% de todas as contribuições sociais, exceto aquelas que incidem sobre o salário, tornem-se disponíveis para uso exclusivo do governo federal, principalmente para honrar compromissos como o pagamento de juros da dívida. Para essa discussão ver o artigo de Fleury, Sonia. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: Corrêa, G.M. e Lima, J.C.F. (orgs.), op.cit, 2008, p. 49-87.

existir constitucionalmente, ele inexistiu do ponto de vista institucional e financeiro; porém, na avaliação de Werneck Vianna (2005), o fato de a seguridade social estar inscrita na Constituição garantiu a ampliação da proteção social no país.

O governo Collor, assim como seus sucessores, não cumpriu o dispositivo constitucional de designar 30% do orçamento da seguridade social para a área de saúde. De 1990 a 1992, os recursos reduziram-se quase à metade, passando de US\$ 8,494 bilhões para US\$ 5,413 bilhões, respectivamente (Paim, 2008). O golpe mortal, porém, veio em 1993 no governo Itamar Franco, quando o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com o apoio do então ministro da Fazenda, FHC, retirou a participação da contribuição previdenciária da base de cálculo do financiamento do SUS, em decorrência do aumento do desemprego e conseqüente redução das contribuições compulsórias para fazer frente às despesas previdenciárias. Isso diminuiu substantivamente os recursos destinados ao pagamento dos procedimentos realizados pelo Inamps, desde 1990 sob a administração do Ministério da Saúde (MS). Além disso, a Secretaria da Receita Federal também não repassa recursos da Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), em razão da redução da disponibilidade geral de recursos orçamentários e dos compromissos assumidos com o FMI e o BM em termos de ajuste fiscal e contenção de gastos na área social.

Daí em diante, o que se verifica é a diminuição/contingenciamento e a utilização dos recursos da seguridade – especificamente da área de saúde – para outros fins. Ao mesmo tempo, passa a ocorrer o que Paim (2008, p. 184) chama de “sanitarismo de resultados”, isto é, a ênfase em políticas governamentais “capazes de oferecer, num período recessivo e marcado pela ideologia neoliberal, [...] uma medicina simplificada para pobres e ‘descamisados’, excluídos do consumo médico, e ações de saúde pública de baixo custo e alto impacto”. O autor se refere aqui às ações diretas do MS após a criação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, ao qual o primeiro seria incorporado mais tarde.

Diante da conjuntura de crise econômica prolongada e de salários aviltantes, o movimento sindical dos profissionais de saúde tendeu a deslocar-se de uma luta política mais ampla, por melhores condições de saúde e de atendimento à população, para uma atuação de cunho mais corporativista, distanciando-se ideologicamente em relação ao *projeto* de reforma social organicamente vinculada à *proposta* da reforma sanitária. Sob o efeito da recessão

econômica¹⁹⁴ e das medidas antiestatais da era Collor, o movimento sindical na área da saúde, como de resto o conjunto do sindicalismo, refluí e fica na defensiva. Sendo assim, “[o projeto passa] a significar uma mera ‘palavra de ordem’, sem qualquer vínculo com as práticas profissionais cotidianas” (Escorel, 1998, p. 192).

Do mesmo modo, a vertente acadêmica, representada pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), como outras associações acadêmicas e profissionais, gradativamente retrai-se para a defesa de interesses profissionais específicos, abandonando sua participação nos grandes debates nacionais ao longo dos anos 1990. Tende a um “movimento endógeno de autoformação e reprodução do conhecimento” (Escorel, 1998, p.192), resultando num distanciamento cada vez maior entre a prática teórica e a prática política, e na preocupação com o caráter científico da produção acadêmica e a formação de quadros sanitários.

Entretanto, Paim (2008) assinala que houve um deslocamento importante nessa produção acadêmica. A ênfase passa a incidir em estudos sobre gestão, financiamento, controle social e outros, e são muito poucos os que tomam a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) como objeto de investigação em si mesma – ou, mais especificamente, que se aprofundam na teoria da determinação ou da produção social do fenômeno saúde/doença, dando continuidade à rica produção realizada nos anos 1970 e 1980, particularmente na área de Epidemiologia Social. Nesse sentido, a academia deixou em segundo plano a intervenção sobre o estado de saúde da população e seus determinantes.

No campo político, passa a ganhar espaço no movimento sanitário uma postura mais reformista que deixa de articular as mudanças setoriais com a perspectiva de uma reforma social mais ampla. O movimento sanitário se reconfigurou em meio a essas mudanças, evidenciando-se tensões e conflitos que acompanharam o próprio processo de expansão do número de municípios brasileiros durante os anos 1990, o aprofundamento das identidades partidárias e a crise econômica. Desde o final da década de 1980, a discussão em torno das alternativas na condução e na implementação das propostas no interior da Plenária Nacional de Saúde, do Cebes e da Abrasco estava sofrendo uma forte polarização ideológica que se manifestava numa linha divisória entre socialistas e social-democratas, chegando a corroer a

¹⁹⁴ O crescimento da economia foi negativo em 1990 (-4,4%) e 1992 (-0,9%) e, nesse período, o desemprego cresceu brutalmente. Na Grande São Paulo, passou de 8,7%, em 1989, para 15,2% em 1992. O salário mínimo equivalia, em 1989, a US\$ 90,93, e em 1992, a US\$ 65,70. “Portanto, em 1990, 1991 e 1992, caíram a produção, o emprego e os salários” (Boito Jr., 1999, p. 121).

unidade do movimento sanitário construída nos anos de abertura política (Escorel, 1998; Paim, 2008).

As relações público-privado no interior do SUS também se reconfiguram. Concomitantemente ao processo de desfinanciamento do SUS e deterioração dos serviços públicos de saúde, inclusive dos hospitais privados credenciados em razão da recessão econômica, observa-se um relativo deslocamento a favor da contratação dos hospitais filantrópicos. A assistência médica suplementar,¹⁹⁵ isto é, o segmento de planos e seguros privados de saúde, também vai reestruturando as suas ações empresariais, ao mesmo tempo que o Estado elabora políticas públicas de apoio a esse setor, que irão competir com as instituições públicas – particularmente, as políticas baseadas em deduções e subsídios fiscais, que ao substituírem as relações diretas entre a Previdência Social e as empresas empregadoras irão subsidiar indiretamente as empresas médicas e, conseqüentemente, contribuir para o aprofundamento e a cristalização da segmentação do sistema e dos provedores de serviços segundo o *status* socioeconômico das demandas.

Por determinação da CF e da Lei Orgânica da Saúde, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos passam a ser privilegiadas em detrimento dos hospitais privados contratados, uma tendência que já vinha sendo operacionalizada desde os anos 1980 e se acentua ao longo dos anos 1990. Entretanto, segundo Bahia (2008, p. 147), tanto o bloqueio dos hospitais (privados, filantrópicos e universitários) como o consentimento dos gestores públicos de não mudar a natureza dos contratos, como previa a CF,¹⁹⁶ estão na base da reatualização do “padrão de compra de serviços e procedimentos que se pretendia superar”. Isso ajudou a transformar os hospitais filantrópicos e universitários em ‘vendedores de serviços’ para o SUS, assim como os hospitais privados contratados. Desse modo, os

¹⁹⁵ A ‘assistência médica suplementar’, ou simplesmente ‘saúde suplementar’, pressupõe a existência de um serviço público de caráter obrigatório que não impede a organização de seguros privados a despeito da manutenção da contribuição para o seguro social público. A ‘assistência médica complementar’ pressupõe a existência e o limite do setor público em atender determinadas demandas da população; portanto, as instituições privadas complementam a cobertura de determinados serviços, dando preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos, conforme a Constituição. De acordo com a perspectiva reformista dos anos 1980, isso se daria concomitantemente com o investimento nos serviços públicos para ampliar progressivamente o atendimento das demandas e necessidades de saúde da população e diminuir a sua dependência do mercado privado de saúde. A ‘saúde suplementar’ atualmente está conformada por quatro modalidades assistenciais: a medicina de grupo, as cooperativas médicas, os planos próprios das empresas e o seguro-saúde, com racionalidades distintas de estruturação, clientela e formas de financiamento.

¹⁹⁶ O art. 199, § 1º, da CF, define que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Isso significa, segundo a interpretação de Gonçalves (1998), que o setor privado teria que se submeter a contratos de serviços regidos sob a égide da Lei nº 8.666, de 21/6/1993, que trata das normas gerais de licitações e contratos administrativos, logo depois regulamentados pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 1.286, de 26/10/1993, e pela Portaria nº 944, de 12/5/1994.

filantrópicos foram não só os principais beneficiários das políticas de ‘desprivatização’ nos períodos pré (1976-1988) e pós-SUS (1988-2005) como também conservaram a sua autonomia, “expressa na seleção de clientes adequados à oferta de procedimentos mais caros” (Bahia, 2008, p.154). Mais que isso, os interesses políticos envolvidos na relação de compra e venda de serviços de saúde engendrariam um perfil ora público, ora privado desses hospitais, que não existia no período pré-SUS.

A descentralização dos serviços de saúde para os municípios brasileiros, a partir de 1993, e depois com sua aceleração em 1996, contribuiria também para a manutenção desse antigo padrão de privatização baseado na compra e venda de procedimentos médicos, existente até hoje. O contexto de asfixia financeira do SUS, de desvio de recursos da seguridade social, de uma descentralização que repassa mais responsabilidades do que recursos financeiros e de poder para os municípios, associada às metas de ajuste fiscal, conformou um quadro de baixa funcionalidade do setor público e de difícil superação da racionalidade do mercado.

Se até 1993 o *lobby* do setor privado era realizado fundamentalmente sobre o Executivo Federal, ainda sob a vigência do Inamps (extinto pela Lei nº 8.689, de 27/7/1993), ele se desloca e amplia as suas demandas para as esferas municipais e estaduais com a aprovação da NOB 1993 e depois com a NOB 1996, contemporânea da proposta de organizações sociais do governo FHC. Essas instâncias governamentais assumiriam assim, progressivamente, o papel de compradores de serviços privados, inclusive complementando os valores da ‘tabela do SUS’, principalmente para os procedimentos de maior custo. Da mesma forma, embora ilegalmente, algumas localidades instituiriam ‘taxas complementares’ (leia-se: co-pagamento) tanto na rede pública como em hospitais conveniados ao SUS.

Assim, foram se estabelecendo redes políticas e econômicas locais que articulariam os gestores públicos de ambas as instâncias com as instituições filantrópicas, as empresas privadas de saúde e, direta ou indiretamente, com aquelas que comercializam planos de saúde. Mais que isso, foi se constituindo um ambiente muito desfavorável às teses universalistas e ficando cada vez mais difícil reverter os padrões herdados da previdência social, tais como a importância dos prestadores privados de serviços de saúde e a segmentação das demandas (Rizzoto, 2000; Bahia, 2005, 2008).

Apesar das evidências existentes na relação entre descentralização e privatização, cabe destacar que esse processo é permeado de contradições e tensões em torno das formas de

gestão dos serviços de saúde e do financiamento do SUS. Se o avanço do processo de municipalização na saúde, por um lado, favoreceu o desenvolvimento desigual do SUS que se pretendia único em âmbito nacional, por outro permitiu a ocorrência de diversas experiências contra-hegemônicas em várias cidades do país, como no município de Santos (SP) sob a gestão de David Capistrano Filho (1993-1996), mas que num contexto neoliberal tiveram uma capacidade restrita de generalização. Os estudos mostram também que o repasse financeiro do MS para estados e municípios não implicou necessariamente ampliação da autonomia ou do poder dessas instâncias para elaborar seus projetos ou modelos de atenção. Na realidade, o MS foi criando estratégias de centralização financeira, condicionando o repasse de recursos à execução de programas, procedimentos e reformas de saúde que julgasse adequadas (Rizzotto, 2000; Campos, 2006; Baptista, 2007).

Em relação às políticas governamentais de apoio às instituições privadas, além da isenção tributária que é conferida às instituições filantrópicas (ISS, Cofins, PIS/Pasep, IRPJ e CSLL), em 1993, poucos meses antes da extinção do Inamps, os hospitais contratados foram contemplados com a Lei nº 8.620, de 5/1/1993, que permite o parcelamento dos seus débitos relativos às contribuições do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).¹⁹⁷

As políticas governamentais de apoio à privatização também ampliaram o financiamento das empresas médicas de planos e seguros de saúde por meio de duas medidas. Em 1991, a legislação passa a permitir o abatimento integral das despesas com planos e seguros de saúde no Imposto de Renda de Pessoas Físicas (IRPF), reafirmado posteriormente pela Lei nº 9.250, de 26/12/1995, no governo FHC. Da mesma forma, em 1994, o Decreto nº 1.041, de 11/1/1994, confirmado depois pela Lei nº 9.249, de 26/12/1995, permite a dedução integral dos valores destinados ao pagamento de planos ou seguros de saúde no Imposto de Renda de Pessoas Jurídicas (IRPJ), tanto para os empregados como para os dirigentes, ao considerar essas despesas como custos operacionais das empresas empregadoras.¹⁹⁸

¹⁹⁷ Especificamente para os hospitais filantrópicos, a legislação abrangeu três modalidades de apoio, ao longo dos anos 1990: “(1) a flexibilização dos percentuais obrigatórios de ocupação dos leitos para o atendimento universal, a qual condiciona a concessão do certificado de filantropia; 2) a abertura de linhas de crédito; 3) e o aporte adicional de recursos para o financiamento dos débitos com o governo e fornecedores” (Bahia, 2008, p. 149).

¹⁹⁸ Desde a década de 1980, a renúncia de arrecadação fiscal na área do IRPF por meio das deduções fiscais passou a ser uma política que ora limitava esse abatimento a despesas médicas e odontológicas efetivamente realizadas e pagas diretamente pelo contribuinte, não incluindo as despesas com planos de saúde e determinadas especialidades, ora deduzindo apenas o montante que superasse 5% da renda bruta mensal do contribuinte, mas incluindo as despesas gastas com seguro e planos de saúde que excedessem esse limite. Na área do IRPJ, desde a década de 1940 (Lei nº 154/1947) e 1960 (Lei nº 4.506/1964) já existiam políticas públicas de apoio à formação de demandas para os planos privados de saúde, por meio de deduções fiscais. Na década de 1980, concomitantemente à extinção dos convênios-empresa, foram sendo elaboradas novas políticas de apoio para subsidiar as empresas de planos e seguros de saúde como o Decreto-Lei nº 2.396/1987 e a Lei nº 7.713/1988. Ver Bahia (2001, 2005).

Igualmente, foram sendo implementadas no plano federal, especificamente pela área econômica, e no plano estadual e municipal, por meio das secretarias de Fazenda e Planejamento, políticas de apoio à privatização que resultariam em concessões de subsídios fiscais e financiamento de planos de saúde para servidores públicos. Agregou-se a isso o vasto repertório de isenção de impostos às cooperativas médicas, como o ISS, a CSLL e a Cofins, que seriam concedidas ao longo dos anos 1990.

A partir dessas análises e do complexo processo de elaboração de políticas localizadas e pontuais que reproduzem ou ampliam o papel do componente privado no interior do SUS – especialmente os arranjos público-privado que sustentam a relação entre oferta e demanda de planos e seguros privados de saúde –, Bahia (2005, 2008) rejeita a tese de autonomia do privado (ou do mercado) em relação ao público, defendida por diversos autores.

A interpretação do fim do convênio-empresa da Previdência Social como encerramento das relações entre o público e o privado no mercado de planos e seguros de saúde emprestou um tom sofisticado à tese do divórcio entre a tecnoburocracia estatal e os setores empresariais (empresários do setor produtivo e empresas especializadas na comercialização de planos privados de saúde). Seria como se, após a devolução das alianças (dos anéis ‘burocráticos’), o privado, no contexto da libertação das forças vivas do mercado, instado a caminhar com as próprias pernas, cresceu. Ou em termos mais prosaicos [...]: a demanda ascendente (conformada por setores insatisfeitos com as restrições do SUS) deslanchou as relações ‘puras’ de compra e venda de planos privados de saúde. (Bahia, 2008, p. 156)

Para esta autora, ao contrário da tese de autonomia, praticamente inexistem relações ‘puras’ tanto do ponto de vista dos planos privados de saúde como da rede assistencial do SUS. No primeiro caso, na medida em que o Estado exerce um protagonismo importante para assegurar o funcionamento desse mercado de saúde por meio dos incentivos governamentais, que subsidiam as empresas de planos e seguros de saúde; no segundo, na medida em que existem estabelecimentos públicos vinculados com empresas privadas de planos e seguros de saúde, e pelo fato de não haver uma associação necessária entre ser um estabelecimento público ou privado e ter serviços ‘próprios’, uma característica que iria se aprofundar na segunda metade dos anos 1990.

Nesse processo, segundo Bahia (2005), começou a predominar na pauta dos fóruns de discussão e na elaboração de políticas de saúde a ideia da saúde pública como suplementar à ação do mercado privado de saúde, e não o contrário; bem como a saúde passou a ser

reinterpretada pelas entidades médicas e sindicais¹⁹⁹ como assistência médica individual provida pelo mercado, e ações coletivas sobre o ambiente e os destituídos de renda, a cargo do Estado.

Mas até 1993, como indica Rizzotto (2000), ainda havia resistências no interior do MS acerca do caráter suplementar do SUS. A autora se refere especificamente às críticas de alguns setores ao documento do Banco Mundial (BM) produzido especialmente sobre o SUS, intitulado *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: agenda for the 90s (A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90)*, divulgado em 1993, não por coincidência num momento de revisão constitucional.²⁰⁰ Para o BM, o prognóstico do SUS não era bom em decorrência do mandato constitucional de acesso universal aos serviços públicos, pois isso exerceria um significativo aumento da procura e dos custos da assistência médica; conseqüentemente, era uma proposta idealista que deveria ser revista e até descumprida.

Assim, o Banco Mundial fez a defesa da participação das instituições privadas na prestação dos serviços de saúde, com duras críticas à preferência dada pela Constituição Brasileira, às instituições filantrópicas e às sem fins lucrativos. O BM advogou nesse momento a ideia de que os hospitais privados deveriam competir em pé de igualdade com essas instituições e propôs uma ampla discussão sobre os planos de saúde e regimes privados de prestação de serviços de saúde no Brasil, com análise detalhada dos custos e possíveis lucros que se poderia auferir. Visando a uma ampla reforma, sugeriu a flexibilização do SUS; a redefinição do papel dos estados na gestão do SUS; o estabelecimento de um pacote de benefícios padrão; a limitação do acesso à atenção terciária; o controle da oferta de serviços públicos em razão dos custos; a adoção de formas de co-pagamento; a ênfase no controle de resultados; o favorecimento à iniciativa privada; o incentivo à concorrência na prestação dos serviços ambulatoriais e hospitalares, envolvendo indistintamente os estabelecimentos

¹⁹⁹ Para uma discussão sobre o tema, consultar: Pina, José Augusto. *Sindicalismo e saúde no Brasil: a relação Sistema Único de Saúde (SUS) e os planos privados de saúde na assistência à saúde dos trabalhadores*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Dissertação de Mestrado, 2005.

²⁰⁰ O interesse do BM no setor saúde brasileiro acompanhou a retomada do discurso de combate à pobreza nos anos 1990 e a emergência deste setor como um importante mercado para o investimento privado, expresso na produção de diversos estudos, entre os quais: *Brazil: Northeast Endemic Disease Control Project* (1988); *Policies for Reform of Health Care, Nutrition and Social Security in Brazil* (1988); *Women's Reproductive Health in Brazil* (1989); *Adult Health in Brazil: adjusting to new challenges* (1989, publicado em 1991); *Issues in Federal Health Care in Brazil* (1991); e o documento citado *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: agenda for the 90s* (1993, publicado em 1995). Em 1993, foi instalado o Congresso Revisor, pois a Assembleia Nacional Constituinte estabeleceu que a Constituição Federal passaria por uma revisão após cinco anos de sua promulgação, conforme disposto no artigo terceiro de suas Disposições Transitórias.

públicos e privados; e o papel regulador do Estado, com o deslocamento de atribuições para entidades de classe e organizações públicas de direito privado, entre outras (Rizzotto, 2000).

Em face do documento e do conjunto de propostas do BM, a reação emitida num parecer oficial diz que

[o] relatório se nos apresenta focalizado em aspectos nem sempre bem delimitados no processo extremamente complexo da reordenação das práticas de atenção à saúde no Brasil, culminando numa excessiva simplificação das questões mais pungentes que se colocam para a consolidação do Sistema Único de Saúde. [...] O relatório analisa a questão do financiamento da atenção à saúde sob a ótica da crise fiscal, propondo soluções de âmbito interno do Sistema de Saúde, traçando um caminho de contenção de custos e diminuição do peso do setor saúde para o Estado, além de sugerir modificações na estrutura de financiamento da Seguridade Social. Tais considerações engendram pontos conflitivos em relação aos pressupostos e princípios do SUS. [...] O enfrentamento das questões inerentes à universalização da atenção, diferentemente do que propõe o documento, não se esgota na redução de custo, nem tampouco na repartição da demanda de modo a induzir a vinculação dos ricos à rede privada e dos pobres à rede pública. Entende-se que as saídas para o SUS dão-se via a reafirmação dos seus princípios estruturadores democraticamente estabelecidos, e as crescentes despesas na prestação da assistência são produto direto da universalização da atenção à saúde no Brasil. (MS, 1994, p. 5-9, *apud* Rizzotto, 2000, p. 167-168)

As propostas do BM, num contexto de crise de hegemonia da burguesia brasileira, não se viabilizaram nesse momento. Elas só seriam contempladas, mesmo que não em sua totalidade, nas reformas promovidas pelo governo FHC, momento a partir do qual, para Rizzotto, não se pode falar de divergências, ou que estas tenham o mesmo grau de intensidade, tal qual expresso no parecer citado. Ao contrário, determinadas sugestões foram incorporadas aos discursos de representantes governamentais e fizeram parte das estratégias prioritárias do MS, como veremos adiante.

No entanto, considerando a crise econômica do período 1990-1994, verificam-se uma vigorosa reestruturação das empresas médicas, a entrada de grandes seguradoras – especialmente as vinculadas a instituições financeiras – no ramo saúde, a associação destas com empresas médicas e a expansão de empresas de pequeno porte. A reestruturação das grandes empresas médicas parece ser determinada pela estagnação da demanda, que se verificaria de forma mais pronunciada no início dos anos 1990, pelas mudanças na relação com prestadores de saúde privados, e acompanharia a tendência internacional de mudança do controle da empresa médica, a integração horizontal, a diversificação e a reestruturação corporativa, assim como a integração vertical e a concentração do mercado, conforme Starr (1991).

Andreazzi e Kornis (2003), ao realizarem uma análise da taxa de crescimento médio anual dos usuários de seguros privados de saúde segundo conjunturas específicas, revelam que, enquanto nos períodos 1970-1978 (milagre econômico e II PND), 1979-1983 (recessão Figueiredo) e 1984-1989 (recuperação da economia) a média de crescimento foi em torno de 32,90%, 20,40% e 15,10%, respectivamente, nos períodos 1990-1994 (período da primeira recessão) e 1995-1998 (Plano Real) o crescimento foi em média 2,20% e 3,50%, respectivamente. Trata-se de um movimento de estagnação da demanda incompatível com a evolução da taxa média anual de faturamento dos planos e seguros de saúde, considerando que no período 1984-1989 o faturamento cresceu em média 15,70%; entre 1990 e 1994, 28,10%; e entre 1995 e 1998, 37,0%.

Para exemplificar o processo de diversificação de ativos e reestruturação corporativa das empresas médicas, vamos tomar como referência duas gigantes brasileiras do mercado de planos e seguros-saúde: o grupo empresarial Assistência Médica Internacional (Amil) e o Complexo Empresarial Cooperativo Unimed.²⁰¹ Na realidade, o movimento de diversificação e reestruturação do grupo Amil se inicia na segunda metade dos anos 1980, concomitantemente com sua expansão no território nacional. O estudo de Bahia (1991) indica que, na época, essa *holding* de capital exclusivamente nacional já tinha sob seu controle diversas empresas, com um faturamento anual de US\$ 200 milhões, em 1990, sendo que 80% desse total representava o faturamento da Amil Assistência Médica, sua empresa central.

No ramo da assistência médico-hospitalar-odontológica, além da Amil Assistência Médica, a *holding* criou a Amil Dental, em 1986; adquiriu o Laboratório de Análises Clínicas Sérgio Franco, em 1985, em parceria com outra grande empresa médica na época, a Golden Cross Assistência Internacional de Saúde;²⁰² e passou a controlar a Empresa de Serviços Hospitalares (ESHO), criada em 1974. Além dessas, criou em 1987 a Empresa de

²⁰¹ O grupo empresarial Amil foi criado em 1976 com sede no Rio de Janeiro, antecipando-se à possível entrada, na época, dos grandes conglomerados financeiros na comercialização de seguro-saúde. Em 1995, inaugura sua sede internacional em Miami, EUA. Em relação ao Complexo Empresarial Cooperativo Unimed, a primeira cooperativa Unimed foi criada em Santos (SP), em 1967; com a expansão do sistema cooperativista foi fundada, em 1975, a Confederação Nacional das Unimeds, a partir das federações dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Atualmente denominado Sistema Cooperativo Unimed, após reforma da Constituição Unimed em agosto de 2006, reúne as singulares (Unimeds municipais que atendem uma microrregião, também denominadas de cooperativas de primeiro grau), as federações estaduais (cooperativas de segundo grau), a confederação nacional (cooperativa de terceiro grau) e as empresas Unimed.

²⁰² A Golden Cross foi criada em 1971 como entidade filantrópica e já nasceu com características nacionais abrangendo os estados do Rio de Janeiro, de São Paulo e Rio Grande do Sul. O seu projeto, no entanto, era se constituir em uma multinacional da saúde, logo se expandido para o Paraguai, Chile e Estados Unidos (Flórida). No Brasil, na primeira metade da década de 1980, já contava com uma rede de 25 hospitais próprios em todo o país, oitenta centros médicos, 2,5 milhões de associados e 12 mil corretores de venda. Era considerada uma das maiores empresas da América do Sul e a quarta maior empresa de saúde do mundo. Para mais informações sobre a sua história, consultar Martins, William de S. N. *Filantropia e Saúde: o caso Golden Cross*. In: Bahia *et al.*, 2005, p. 89-103.

Alimentação do Trabalhador (EAT-Check), aproveitando-se dos incentivos fiscais destinados às empresas empregadoras do então Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) instituído pelo Ministério do Trabalho, em 1976. Em 1984, criou a Amil Previdência Privada para atuar na área de planos de pecúlio e complementação de renda; em 1986, a Pró-Market (agência de publicidade) e, em 1989, a Amil Agropecuária.

Em 1991, criou a empresa SUPRIM, responsável pela distribuição, importação, exportação e representação de produtos e equipamentos médico-hospitalares; em 1993, a empresa Aeromil, para administrar o Amil Resgate Saúde e a Farmalife, uma rede que atua na área de drogaria e perfumaria; e, em 1994, começou a utilizar o sistema de franquias para ampliar a sua cobertura no país. Desde a segunda metade dos anos 1980, o processo de verticalização das suas atividades ocorreu tanto com a compra do Laboratório Sérgio Franco quanto com a inauguração e incorporação, na sua estrutura, de centros médicos ambulatoriais de diversas especialidades, espalhados pela cidade do Rio de Janeiro. Do ponto de vista da integração horizontal, já detinha o controle de quatro hospitais próprios por meio da ESHO, cada qual com uma especialidade médica (pediatria, obstetrícia, clínica médica e cardiologia).

O Complexo Empresarial Cooperativo Unimed reunia na mesma estrutura, até o final dos anos 1990, segundo Duarte (2001), três diferentes cooperativas juntamente com empresas não-cooperativas, ou seja, reunindo sob o mesmo teto empresas sem espírito lucrativo e empresas com objetivos de lucro. O sistema multicooperativo agregava o *Sistema Unimed* ou cooperativas de trabalho médico de primeiro, segundo e terceiro graus; o *Sistema Unicred* ou cooperativas de crédito mútuo, criadas a partir de 1989, com o objetivo de manter no interior do conglomerado os recursos financeiros gerados pelo trabalho médico, financiando com seus recursos a compra de equipamentos, construção de hospitais, centros de diagnóstico, laboratórios etc. (essas cooperativas se organizavam, assim como as anteriores, em cooperativas de primeiro, segundo e terceiro graus);²⁰³ e, por último, as *Cooperativas Usimed* ou cooperativas de consumo²⁰⁴, criadas a partir de 1993, visando ao acesso dos usuários a medicamentos com custos reduzidos, materiais e equipamentos e serviços de enfermagem domiciliar, entre outros. Trata-se, portanto, de um sofisticado esquema de cooperativismo que

²⁰³ A cooperativa de terceiro grau foi criada em 1994, com a denominação de Confederação Nacional das Cooperativas Centrais Unicreds – Unicred do Brasil.

²⁰⁴ O Código de Ética Médica proíbe o exercício da profissão médica “com interação ou dependência de farmácia” (art. 98). Assim, juridicamente os médicos foram transformados em ‘consumidores’ dessas cooperativas e, junto com os usuários, tornaram-se cooperados das Usimeds (Duarte, 2001). Algumas informações foram complementadas com base em consulta no sítio: <http://www.unimed.com.br/memoria>.

foi diversificando a atuação do sistema e aprofundando o processo de integração vertical e horizontal na área de assistência médico-hospitalar.

Como essas cooperativas são definidas formalmente e por força da legislação “como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro” (Duarte, 2001, p. 368), mas tendo em vista os interesses de gerar recursos para investir no conglomerado, foram sendo abertas empresas de capital, prestadoras de serviços e uma empresa *holding* exclusivamente a serviço do Complexo Unimed.²⁰⁵

A empresa *holding* é a Unimed Participações, criada em 1989, com a função de investir e controlar inicialmente os negócios da Unimed Seguradora S.A., criada no mesmo ano, e depois da Unimed Administração e Serviços, em 1992. É uma sociedade por cotas, sendo seus cotistas as cooperativas médicas e de crédito mútuo.

Segue os princípios cooperativistas da livre adesão, permanecendo aberta ao ingresso das cooperativas que ainda não a integram ou que venham a ser fundadas no futuro e da singularidade do voto, isto é, cada cooperativa cotista tem direito a um voto, independente do capital aplicado na empresa. Sendo, no entanto, uma empresa de capital, seu lucro é distribuído entre os cotistas na proporção do capital que cada uma empregou na Unimed Participações, diferente do que rege o princípio cooperativista da distribuição das sobras conforme o trabalho e não o capital. (Duarte, 2001, p. 381)

Além das empresas citadas, o Complexo Unimed conta com a Unimed Corretora de Seguros, criada em 1985, a Unimed Produtos e Serviços Hospitalares (Unimed Hospitais), em 1995, e a Fundação Centro de Estudos Unimed,²⁰⁶ criada nesse mesmo ano, responsável pela área de Educação Corporativa em Saúde.

Quanto às mudanças na relação com os prestadores de saúde privados, a tendência que se verifica desde o início dos anos 1990, em face do gradativo endurecimento das negociações entre as empresas de planos e seguros-saúde e aquelas em relação aos valores dos serviços prestados, é a progressiva expansão de rede própria das grandes empresas médicas. O

²⁰⁵ De acordo com a Duarte (2001, p. 380), para garantir o controle sobre as empresas foram formulados seis princípios orientadores com o objetivo de levá-las a permanecer exclusivamente a serviço do Complexo Unimed. “São eles: o Sistema Unimed deve ter a maioria do capital votante para assegurar o controle das empresas; No caso de instituição organizada sob a forma de sociedade anônima, é admissível a participação acionária de médicos cooperados ou de outras instituições fora do complexo, desde que subscrevam ações preferenciais (sem direito a voto); Toda empresa criada deve estar a serviço do complexo, constituindo-se em instituição-meio e não em instituição-fim por si mesma; A direção de cada empresa será exercida pelo diretor da Unimed do Brasil à qual se vincula a atividade principal da instituição [preferencialmente médicos]; Nenhum diretor da Unimed do Brasil pode acumular, com sua função na diretoria da Confederação, mais de um cargo remunerado no Sistema Empresarial; O processo decisório nas empresas, sempre que a legislação permitir, obedecerá ao princípio cooperativista da singularidade do voto.”

²⁰⁶ Na realidade, a sua criação data de 1993, com a denominação de Centro de Estudos Unimed (CEU). Fonte: <http://www.fundacaounimed.org.br>.

Complexo Unimed abriu o seu primeiro hospital próprio no fim da década de 1980; em 1992 já contava com oito e chegava ao final dos anos 1990 com 48, além de contar com a abertura de serviços de pronto-atendimento, laboratórios próprios e centros diagnósticos por diversas singulares (Unimeds municipais). O Grupo Amil já detinha no início dessa década quatro hospitais; segundo notícia veiculada no Portal Exame,²⁰⁷ em 23/11/2009 detém atualmente uma rede própria de 23 hospitais localizados nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Pernambuco, além do Distrito Federal.

Entretanto, isso não significou o rompimento com a prática de credenciamento de hospitais, clínicas, serviços diagnósticos e laboratoriais. Ao contrário, as empresas médicas ampliaram o credenciamento dos provedores privados e, num contexto de crise econômica, elaboraram novos produtos para conquistar o mercado consumidor – planos mais restritos, com cobertura regional e participação do cliente via co-pagamento, resultando no aprofundamento da segmentação no interior desses serviços para o atendimento de estratos sócio-ocupacionais diferenciados. No entanto, isso atendia aos interesses dos provedores privados, na medida em que diversificava as fontes de receita e financiamento. De acordo com Bahia (2001, p. 329-330),

[observa-se] a constituição de redes vinculadas a planos diferenciados por níveis hierárquicos das empresas/faixas de renda de clientes individuais, que se materializam em uma listagem de credenciamentos especializados no atendimento de clientes de nível executivo, gerencial e operacional. Os hospitais, vinculados à assistência suplementar, se ‘multiconveniam’ tendo por referência um mesmo tipo de plano comercializado/ofertado por diversas operadoras. Essa regra vale para algumas unidades de apoio de diagnóstico e terapia e não se aplica, de modo geral, aos médicos, que quando credenciados se obrigam ao atendimento de todos os clientes de uma ou mais empresas de assistência suplementar.

Nesse movimento, os hospitais privados de melhor nível tecnológico passaram a reduzir a oferta de leitos – ou deixar de ofertá-los – para o setor público com a alegação de que a ‘tabela do SUS’ não era suficiente para cobrir os custos de utilização do serviço, redirecionando o seu atendimento para clientela com maior capacidade de pagamento, criando planos específicos e/ou negociando diretamente com as seguradoras. Os próprios hospitais filantrópicos e empresas médicas de menor porte começaram a comercializar planos de saúde mais baratos para o segmento de baixa renda, dirigidos principalmente a clientes individuais nas cidades interioranas. Outras empresas de medicina de grupo se especializaram em determinadas clientela, como mulheres e crianças residentes nos centros urbanos. Enfim,

²⁰⁷ Fonte: <http://portalexame.abril.com.br/negocios/medial-amil-vira-maior-rede-hospitais-brasil-514187.html>.

uma miríade de possibilidades que foram alterando a cobertura de planos e seguros-saúde com a incorporação de segmentos antes excluídos e, mais que isso, criando convergências de interesses entre provedores privados, empresas médicas e seguradoras do ramo saúde.

Na prática, esse processo foi cristalizando uma característica já presente no sistema de saúde brasileiro nas décadas anteriores, que é a duplicidade dos prestadores de serviços no atendimento à demanda do SUS e das empresas de planos e seguros de saúde. Isso se expressa na existência de duas portas de entrada nos hospitais – uma para os usuários do SUS e outra para os clientes dos planos privados – e no duplo vínculo dos médicos – no setor público e privado. Além do fluxo de clientes dos planos de saúde no interior do SUS, na medida em que os contratos não contemplam ou dificultam coberturas para determinados procedimentos remunerados pelo SUS.

Nesse sentido, Bahia (2005, 2008) vai rejeitar também a idéia de ‘universalização excludente’²⁰⁸ tão em voga a partir de 1990. Isto porque, na prática, os planos privados de saúde, além de não prescindirem dos subsídios governamentais, não prescindem também do uso comum de parte da oferta de recursos físicos e equipamentos públicos. Não existe uma oposição entre ser portador de um plano ou seguro privado de saúde e fazer uso do SUS.

As grandes seguradoras do ramo saúde atualmente, tais como Sul América Seguradora e Bradesco Seguros, já participavam do mercado desde os anos 1950 e 1980, respectivamente. Mas ampliam seus interesses no setor quando a Superintendência de Seguros Privados (Susep),²⁰⁹ no início dos anos 1990, autorizou-as a referenciar serviços de saúde para o atendimento de seus clientes, assim como estimulou as empresas médicas a criarem companhias seguradoras, indiferenciando dessa forma o trabalho de ambas. Então se iniciou uma agressiva comercialização de seguros-saúde assemelhados aos planos de saúde, além de planos de previdência privada ou previdência complementar, ao longo dessa década.

É a partir desse quadro de asfixia financeira e desmonte do SUS, estimulado pelo Estado, que podemos entender alguns movimentos que, em ‘nome do SUS’, defendem interesses diversos. Merecem destaque, nesse sentido, a criação da Frente Parlamentar da

²⁰⁸ Essa idéia parte do pressuposto de que o SUS universalizou ‘por baixo’, pela inclusão de uma grande parcela da população que anteriormente não tinha acesso aos serviços de saúde, e excluiu ‘por cima’, uma vez que os trabalhadores mais qualificados e a classe média renunciaram ao SUS em busca de atendimento diferenciado dos planos de saúde. Consultar: Favaret Filho, P.; Oliveira, P. J. de. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Planejamento e Políticas Públicas. Brasília: IPEA, n° 3, jun. 1990, p. 139-162.

²⁰⁹ A Susep é o órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. É uma autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, criada pelo Decreto-lei n° 73, de 21/11/1966. No que diz respeito ao seguro-saúde, esse instrumento legal impedia qualquer forma de vinculação de provedores de serviços às seguradoras (Bahia *et al.*, 2005a).

Saúde (FPS),²¹⁰ em 1993, e da Confederação Nacional de Saúde (CNSa),²¹¹ em 1994, movimentos que se articulam, mas que detêm suas especificidades.

A FPS é uma frente parlamentar suprapartidária no Congresso Nacional, apoiada fundamentalmente por parlamentares individuais, e não necessariamente representa compromissos partidários, mas interesses corporativos privados. Os antecedentes imediatos para a constituição dessa frente parecem ser a discussão então travada sobre a extinção do Inamps, o risco de desconstitucionalização do SUS com a instalação do Congresso Revisor em 1993, mas principalmente a importante asfixia financeira a que o SUS estava sendo submetido. Se por um lado isso precarizava os serviços públicos de saúde e impedia a ampliação da capacidade instalada pública, por outro colocava em risco a sobrevivência das próprias instituições privadas, particularmente os hospitais de pequeno e médio portes e o setor filantrópico, dependentes dos recursos públicos, em virtude da degradação dos valores de pagamento dos serviços.

A questão do financiamento, a criação de fontes de receitas e a manutenção do orçamento público para o SUS constituíram a base para a organização dessa Frente, compondo uma rede de interesses e negociações no interior do Estado e no âmbito do Poder Legislativo, com importante poder de pressão ao longo do tempo. Talvez isso seja uma das explicações para o fato de que a extinção do Inamps, em 1993, antes de representar a possibilidade de mudança do modelo médico-assistencial centrado no hospital, representou, ao contrário, a ‘inampização’ do próprio Ministério da Saúde. Isto é, o MS se transformou em um grande comprador de serviços médicos do setor privado, na antiga forma de pagamento por produção, ainda vigente. Para Paim (2008, p. 198), por exemplo, a reestruturação do MS com a criação da Secretaria de Assistência à Saúde, posteriormente denominada Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), que assume as atribuições do Inamps, demonstra “a persistência

²¹⁰ A FPS é definida como uma entidade civil sem fins lucrativos de natureza política não ideológica e suprapartidária. Foi fundada em 10/3/1993, entre outros, pelos deputados Inocêncio de Oliveira (PFL-PE), Jamil Haddad (PSB-RJ) e Chafic Farhat (PDS-SP), que foi o primeiro presidente da FPS. Atualmente está sob a presidência de Darcisio Paulo Perondi (PMDB-RS), médico, vice-líder do partido, presidente do Hospital de Caridade de Ijuí (RS), vice-presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Brasil e presidente de honra da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul.

²¹¹ A criação da CNSa foi possível com a reunião de três federações patronais então existentes. A primeira federação surgiu em 1983: Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde (Fenaess). Em 1989, surgiu a Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (Fehosul) e, em 1991, foi criada a Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Paraná (Fehospar). Atualmente congrega oito federações e 89 sindicatos patronais de saúde. Neste trabalho optamos por agregar a letra ‘a’ à sigla CNS para diferenciá-la da sigla do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sítio eletrônico: <http://www.cns.org.br/>.

desse ‘morto vivo’ na conformação dos modelos assistenciais do SUS” nos governos Fernando Henrique Cardoso e Lula da Silva.

Na avaliação da ex-deputada federal Jandira Feghali (PC do B-RJ), em entrevista para o Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde (2006), os organismos privados não queriam a eliminação do SUS; queriam a sua fragilização. O seu objetivo passou a ser a manutenção do seu funcionamento visando auferir recursos públicos, principalmente para os procedimentos de baixa e média complexidades. A partir de 1993, esses organismos passaram a apoiar a tramitação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC-169), atual EC-29, que estabelece na CF recursos definidos e permanentes para a saúde, por iniciativa do deputado Eduardo Jorge, médico e deputado federal pelo PT.²¹²

Dentro desse processo, como eles viram que não dava para destruir, acabaram em algumas lutas se somando com a gente, por incrível que pareça, por mais contraditório que pareça. Se você pega hoje a luta por recursos do SUS, todo o setor complementar privado está na luta com a gente. A Federação Brasileira de Hospitais, que antes era o anti-SUS, hoje luta pela regulamentação da Emenda 29 conosco; toda a área de Santas Casas, toda a área de filantrópicas, porque se não tiver dinheiro no SUS – para pagar a tabela, para pagar o procedimento – eles também não têm. Nesse processo, por mais contraditório que pareça, deixaram de lutar pela destruição do SUS, passaram a trabalhar por uma fragilização, pelo seu enfraquecimento, mas não sua eliminação, porque não é interessante do ponto de vista do mercado a eliminação, e passaram a lutar, em alguns aspectos, juntos. [...] Porque hoje o SUS continua sendo um financiador também de parte desse setor privado. Todos eles viraram complementares. Os bons serviços se descredenciam, porque o SUS paga muito pouco, mas uma grande parte ainda precisa do SUS para sobreviver. [...] Hoje, a bancada parlamentar de saúde é a maior frente do Congresso [...] e tem gente de todos os partidos: PFL, PSDB, está tudo lá. (Feghali, 2006)

A CNSa, por sua vez, é a entidade sindical de terceiro grau do que aqui vamos denominar de *burguesia de serviços de saúde*; representa os interesses de todos os prestadores

²¹² Depois de sete anos de pressões do executivo federal contra a vinculação de receitas para a saúde, essa proposta foi votada em setembro de 2000, quando transformou-se na Emenda Constitucional 29 (EC-29), estabelecendo a vinculação de recursos nas três esferas de governo e definindo o que são ações e despesas de saúde, mas até o momento regulamentada em parte. O projeto de lei define as seguintes ações e despesas em saúde: 1) vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária; 2) atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais; 3) capacitação de pessoal de saúde do SUS; 4) desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovido por instituições do SUS; 5) produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; 6) saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e estejam de acordo com as diretrizes de demais determinações previstas em lei; 7) saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; 8) manejo ambiental vinculado ao controle de vetores de doenças; 9) investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde; 10) remuneração do pessoal ativo da área de saúde, incluindo os encargos sociais; 11) ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e 12) gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde (http://conselho.saude.gov.br/webec29/perguntas_respostas.html). Para mais informações, consultar sítio do CNS (<http://conselho.saude.gov.br/webec29/index.html>) e o resumo executivo elaborado por Gilson Carvalho intitulado “A Emenda Constitucional 29 e sua contextualização” (2009), acessível no sítio do Conasems (http://www.conasems.org.br/cgi-bin/pagesvr.dll/Get?id_doc=1641).

privados de saúde no país – hospitais, clínicas e serviços de diagnóstico, imagem e fisioterapia (lucrativos e filantrópicos) – e as operadoras de planos de saúde. Parece-nos que a sua criação tem vínculos com esse ‘movimento em nome do SUS’, mas detém especificidades. Embora tardia quando comparada às suas congêneres,²¹³ parece que sua criação representa a convergência de interesses que foi sendo tecida nesse período entre prestadores privados, empresas médicas e seguradoras, contra uma eventual ‘estatização progressiva’ na área de saúde e pela manutenção da ‘saúde financeira’ das empresas. Mas, principalmente, representa o esforço no interior da *burguesia empresarial nacional* na área de saúde (Oliveira e Teixeira, 1986) de superar antigas disputas de interesses e divergências que marcaram a trajetória da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), das Federações Patronais e da Federação Brasileira de Hospitais (FBH),²¹⁴ conforme descrito no capítulo anterior.

Esse processo de associação de interesses certamente não foi (e não deve ser) um processo linear e livre de tensões e contradições, particularmente em torno das discussões de mudança de um modelo clínico baseado em procedimentos por outro que atua baseado no controle de riscos como forma de diminuir os custos da assistência médico-hospitalar. Apesar de carecer de estudos mais aprofundados, entendemos que essa associação aponta para um novo patamar de organização política da *burguesia de serviços de saúde*, sem eliminar as antigas representações organizadas em torno da Abramge e FBH, ou mesmo impedir a criação de novas representações como a Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), criada em 2001. No entanto, não parece ser também um processo isolado de um movimento mais amplo de reconfiguração das relações da burguesia brasileira que se verifica nesse momento. Essa reconfiguração já vinha ocorrendo desde os anos 1980, capitaneado pelo setor financeiro, mas que se amplia e se exacerba nos anos iniciais dos 90 diante da quase vitória do presidenciável Lula da Silva e da *pedagogia política petista* de precedência da organização de classe em detrimento da representação eleitoral (Fontes, 2005; Boito Jr., 1999).

Martins (2005), discutindo a reorganização política da burguesia e a redefinição das relações de poder no país nesse momento, detecta não só a presença de análises muito

²¹³ A Confederação Nacional da Indústria (CNI) foi fundada em 1938; a Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC), em 1945; a Confederação Nacional dos Transportes (CNT), em 1954; a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), em 1963; a Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil (CNA), em 1964; a Confederação Nacional das Instituições Financeiras (CNF), em 1985.

²¹⁴ A FBH se define como uma entidade associativa, sem fins lucrativos, e não como uma entidade sindical de segundo grau.

próximas da Terceira Via veiculadas pela fração não-monopolista do capital²¹⁵ como, também, uma intensa mobilização política em torno da proposta de ‘entendimento nacional’ do governo Collor. Para o autor citado, essa fração inaugurou um “extraordinário processo de ‘oxigenação’ da cultura e da ação política burguesa no país – fatores decisivos que serviram de base para a definição das novas estratégias burguesas de obtenção do consenso alguns anos mais tarde” (Martins, 2005, p. 139). Essa fração não-monopolista do capital se baseando na concepção política de que no mundo atual só há espaço para soluções negociadas, empenhou-se em difundir na sociedade e junto ao PT, à CUT e à FS as ideias de que no lugar dos antagonismos de classe devem prevalecer as ‘diferenças de interesse’ e que o confronto político deve ser convertido em ‘colaboração social’.

Nesse sentido, a CNSa, como representante máxima dos interesses sindicais patronais da área, disputaria na sociedade civil e no Estado a leitura socializante da saúde em favor da liberdade de mercado; e também disputaria no próprio interior do bloco dominante o seu espaço de atuação. Nesse último ponto de vista, a sua criação, em março de 1994, dispararia uma disputa intraclasse com a Confederação Nacional do Comércio (CNC), pois ela nasceria defendendo o controle da formação dos trabalhadores de saúde e particularmente dos técnicos em saúde, com a proposta de formação do *Sistema S da Saúde* na conjuntura dos anos 2000, como veremos.

Isso pode ser uma das razões da pouca visibilidade e talvez da inviabilidade de uma atuação política mais forte dessa confederação com vistas à subordinação das instituições públicas à iniciativa privada no decorrer da segunda metade dos anos 1990. Mas essa inviabilidade de que falamos pode ser apenas formal e não real, o que poderá ser esclarecido por investigações que aprofundem a articulação dos seus representantes no interior da aparelhagem estatal, com a Frente Parlamentar da Saúde e com as federações patronais naquele período. Aqui, quando nos referimos a essa possível inviabilidade, estamos circunscrevendo a análise ao fato de que apesar de sua fundação datar de 1994, a oposição da CNC contra o desmembramento e a perda de receitas provenientes da área de saúde prorrogaram o registro definitivo da CNSa como entidade sindical de terceiro grau, o que só foi concedido em 2001 pelo Supremo Tribunal Federal (STF).

²¹⁵ Diz respeito aos empresários organizados em torno da entidade Pensamento Nacional das Bases Empresariais (PNBE), criada em 1990. Em 1992, esta instituição disputa eleição para a presidência da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), maior federação estadual do sistema da Confederação Nacional da Indústria (CNI), e daí em diante protagoniza forte embate pela direção política do setor industrial da burguesia brasileira, com os temas ‘democracia’, ‘participação’ e ‘representatividade’.

Portanto, concomitantemente à crise política e econômica do período 1990-1994, cujo ápice foi o processo de *impeachment* de Fernando Collor de Mello, as empresas médicas avançaram no seu processo de reestruturação produtiva e diversificação de atividades, acompanhando um movimento que começaria a ocorrer de forma mais sistêmica nas empresas industriais, conseqüentemente à diminuição do mercado interno, da abertura do mercado promovida pelo governo Collor e do aumento da concorrência internacional (Leite, 2003).²¹⁶ Foram sendo criadas as condições para a entrada das empresas médicas no circuito da financeirização da economia, como ocorre atualmente com o grupo empresarial Assistência Médica Internacional (Amil), por meio da Amilpar.²¹⁷ Verifica-se também a entrada de seguradoras vinculadas ao capital financeiro no ramo da saúde, com forte influência sobre o Executivo federal principalmente no governo FHC, e de ambas as modalidades empresariais no ramo da previdência privada. Finalmente, destaque-se a reorganização política da *burguesia empresarial nacional* na área de saúde. Trata-se de um processo que vai consolidando cada vez mais as empresas médicas de planos e seguros-saúde e que, como observa Bahia (2005), ultrapassa em muito a motivação inicial de sua constituição na década de 1970, isto é, oferecer assistência ao segurado ativo da Previdência Social com o objetivo de aumentar a produtividade do trabalho e manter a paz social.

Da análise realizada até aqui, pode-se concluir provisoriamente que, a partir dos anos 1990, a *nova burguesia de serviços de saúde* se desenvolve de maneira importante a partir de três elementos: a exploração dos serviços de saúde, planos e seguros-saúde, associada à disputa pelo fundo público de saúde e às políticas públicas competitivas ao SUS; a previdência privada, estimulada pela política governamental, com a conseqüente formação dos fundos de pensões que entram no circuito da financeirização da economia; e o setor bancário, que participa tanto da oferta de seguros de saúde como da previdência privada. O

²¹⁶ Para Leite (2003), o processo de reestruturação produtiva no Brasil irrompe de maneira efetiva no início dos anos 1990. No entanto, desde o final dos anos 1970, um conjunto de políticas de ajuste e de modernização tecnológica das empresas começaria a ocorrer. Para essa autora, a difusão do novo padrão industrial-tecnológico baseado na denominada produção flexível pode ser dividido em três períodos: 1) a difusão dos círculos de controle de qualidade (CCQs), no final da década de 1970 e início de 1980, mas sob a base da tecnologia anterior, ou seja, sem utilização significativa de automação de base microeletrônica e com a implementação de novas formas de gestão da força de trabalho; 2) a difusão de equipamentos microeletrônicos no período 1984-1990, com a retomada da atividade econômica, mas com pequena ênfase nas novas formas de organização do trabalho; 3) a caracterização de uma reestruturação mais sistêmica, isto é, a incorporação de novas tecnologias e de novas formas de gestão que são mais pronunciadas a partir da segunda metade dos anos 1990. Junto com a abertura da economia, o governo Collor lançou o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), verificando-se daí em diante uma 'epidemia' da competitividade.

²¹⁷ Sobre a transformação de empresas médicas em sociedades anônimas para abertura de capital na bolsa de valores na década de 1970, ver o trabalho de Quental, J. L. Samcil S/A: osando associar a prática médica ao lucro. In: Bahia *et al.*, 2005a, p. 67-78. Consultar também: <http://www.amilpar.com.br>.

que parece diferenciar a anterior *burguesia empresarial nacional* da *nova burguesia de serviços de saúde* são os movimentos de reestruturação produtiva, de internacionalização e financeirização dos ramos saúde e previdência.

Quanto à formação dos trabalhadores técnicos de enfermagem, os anos iniciais da década de 1990 foram de descontinuidade e paralisia da operacionalização do Projeto ‘Larga Escala’, decorrente de dificuldades de ordem política e financeira. Sua implementação nos estados e municípios sempre dependeu do grau de compromisso dos governadores, prefeitos e políticos setoriais com a proposta, isto é, sempre esteve à mercê da conjuntura política ou da correlação de forças locais para o desenvolvimento das suas ações. No final dos anos 1980, já enfrentava dificuldades para a criação de Escolas Técnicas de Saúde (ETSUS) e/ou Centros Formadores (Cefor) no âmbito das secretarias estaduais/municipais de saúde, conforme analisado no capítulo anterior. Nos anos 1990, o cenário de crise econômica e contenção de gastos sociais aumentaria a debilidade organizacional e operacional de quase todas as iniciativas, além da pouca visibilidade que se verificava do trabalho desenvolvido.

As ETSUS, na sua maioria, não conseguiram se constituir como unidades orçamentárias e de lotação de pessoal, com autonomia administrativa e financeira. Conseqüentemente, eram precárias as possibilidades de construir um projeto próprio, gerando um impasse entre as demandas para a realização de ações de formação dos trabalhadores técnicos de saúde já engajados nos serviços e as novas demandas decorrentes da implantação de ações e programas de saúde, em razão da falta de recursos financeiros e de autonomia dessas escolas.

Apesar dessas dificuldades, podemos supor, com base em levantamentos realizados (Vieira, 1998), que o ‘Larga Escala’ contribuiu para a qualificação dos trabalhadores empregados nos serviços de saúde, sem qualificação específica – particularmente os atendentes de enfermagem –, associado à pressão do Cofen sobre os serviços e esses trabalhadores. Em 1976, os atendentes detinham 35,80% do total de empregos em saúde; em 1984, 29,90%; em 1992, 13,80%.

Entretanto, nem a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, nem a atuação e as ações de formação do ‘Larga Escala’ impediram que os serviços públicos e privados burlassem a lei e se utilizassem de subterfúgios para continuar contratando atendentes de enfermagem. Agrega-se a isso a aprovação da Lei nº 8.967, de 28/12/1994, no governo Itamar Franco, assegurando “aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência desta Lei, o

exercício das atividades elementares da enfermagem”, sob a supervisão do enfermeiro, ou seja, autorizando a prática de um trabalhador considerado ilegal pela Lei do Exercício Profissional.²¹⁸ Essas são as determinações imediatas para a criação do Profae ao final da década de 1990, que discutiremos adiante.

O período 1990-1994 foi de tensões políticas, de crise terminal do modelo desenvolvimentista e de crise de hegemonia burguesa no país. O governo Collor (1990-1992) não teve tempo para preparar o país para desempenhar o papel de economia financeira emergente, nem de disseminar os pressupostos da Terceira Via (Paulani, 2006; Martins, 2005). A era Collor no Brasil foi a expressão de um movimento mais geral em que se verificam a deterioração das condições de vida das populações dos países dependentes, o aumento da pobreza e do desemprego em escala planetária, a diminuição das redes de proteção social, que poderiam levar a movimentos de sublevação e revolta. Foram fatores determinantes para que a questão da governabilidade dos países e o ‘combate à pobreza’ passassem a fazer parte da ‘nova ordem mundial’, ou da agenda dos organismos internacionais, notadamente do Banco Mundial, conforme análise anterior.

Sob o mito de que o esvaziamento do papel do Estado levaria ao crescimento econômico e do emprego, e de que a privatização iria reduzir o endividamento público e ampliar o gasto social, o que se verifica no período Collor é o aprofundamento da recessão econômica, com queda da produção, do emprego e do salário, e a desnacionalização da economia – correlativamente, o refluxo dos movimentos social e sindical, o aumento do desemprego e da precarização do trabalho, o ‘caos da saúde’ e o sucateamento dos serviços públicos. Do ponto de vista setorial, vai ocorrendo progressivamente o esmaecimento de uma leitura socializante da reforma sanitária, que implicava não apenas uma reforma institucional, mas a democratização da saúde, do Estado e da sociedade (Paim, 2008).

As mudanças de peso começam a ocorrer no governo Itamar (1992-1994) sob o comando do seu então ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso. Entre as primeiras medidas tomadas estão a desregulamentação do mercado financeiro e a abertura do fluxo internacional de capitais, com as mudanças operadas nas contas CC5, que permitiu a qualquer agente, independentemente de ser ou não residente no país, enviar livremente recursos ao

²¹⁸ Essa lei alterou o § único do art. 23 da Lei nº 7.498/1986, que determinava que, após o prazo de dez anos, o Cofen não iria conceder autorização para o exercício profissional de quem não tivesse formação específica. Ou seja, a partir de 1996, qualquer praticante sem formação seria considerado exercente ilegal da profissão.

exterior; e o lançamento de títulos da dívida brasileira no exterior, confirmando o país no papel de emissor de capital fictício (Paulani, 2006).

Com o Plano Real, FHC se habilita junto à burguesia para conduzir a coalizão de poder capaz de restaurar o poder de classe e superar a crise de hegemonia no país, assim como dar sustentação ao programa de estabilização do FMI e viabilizar as reformas preconizadas pelo BM. É contra um eventual projeto democrático de massas, então representado pelo PT, que as forças conservadoras (PFL, PTB, PPB e parte do PMDB) aliam-se ao PSDB para derrotá-lo e rearticular de forma sistemática a hegemonia burguesa.

Nos dois períodos de governo (1995-1998 e 1999-2002), Fernando Henrique Cardoso compõe com as forças internas que defendem o modelo ‘norte-americano’ ou o projeto neoliberal (Coutinho, 2006), ao mesmo tempo que incorpora os postulados da Terceira Via sistematizados por Anthony Giddens: a radicalização da democracia, a construção da sociedade civil ativa e a concertação social. Por isso, alguns autores (Neves, 2005; Martins, 2005; Melo e Falleiros, 2005) cunharam o termo *neoliberalismo da Terceira Via*, para caracterizar essa nova etapa em que não existe nem o Estado de Bem-Estar social, nem o neoliberalismo radical, mas o ‘Estado Gerencial’ ou ‘Estado social-liberal’.

Do ponto de vista econômico, mais do que um plano de estabilização, o Plano Real consolida a inserção do Brasil no circuito internacional de valorização financeira ao permitir a atração de capitais externos de curto prazo com o controle do processo inflacionário, além de abrir espaço para aprofundar medidas anteriores como a abertura econômica e financeira e as privatizações de empresas, bem como dos serviços públicos. Merecem destaque ainda a sobrevalorização da moeda, a elevação inédita da taxa de juros, a redução dos gastos públicos na área social, a dependência científica e tecnológica e a reforma da aparelhagem estatal, entre outros aspectos (Paulani, 2006; Neves, 2005).

Nesse período, acompanhando a tendência internacional, a burguesia brasileira se internacionaliza para assegurar o seu poder, mas de forma subordinada ao capital internacional.²¹⁹ Ao mesmo tempo, internamente, as diversas frações burguesas constroem uma nova unidade, sem com isso eliminar as tensões internas no novo bloco de poder, como entre as frações industrial e financeira, na medida em que a primeira ficou numa posição

²¹⁹ Sobre o papel do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) na internacionalização das empresas brasileiras e na privatização de estatais para colocá-las no circuito da ‘integração competitiva’, consultar Novoa, Luís Fernando. O Brasil e seu ‘desbordamento’: o papel central do BNDES na expansão das empresas transnacionais brasileiras na América do Sul. In: Instituto Rosa Luxemburg Stiftung *et al.* (Org.). *Empresas Transnacionais Brasileiras na América Latina: um debate necessário*. São Paulo: Expressão Popular, 2009, p. 187-216.

secundária ante a segunda. Essa unidade foi construída fundamentalmente em torno dos interesses da burguesia interna e do capital internacional pela desregulamentação do mercado de trabalho (terceirização, contrato de trabalho por tempo determinado etc.), redução dos salários e dos gastos e direitos sociais.²²⁰

É um período caracterizado, sobretudo, segundo Neves (2005, p. 92), pelas iniciativas em torno da reestruturação do Estado nas suas funções econômicas e ético-políticas.

De produtor direto de bens e serviços, o Estado passou a coordenador de iniciativas privadas. A privatização se impôs como a principal política estatal. Na área social, a privatização, complementada por políticas de descentralização, fragmentação e focalização [...], constituiu-se em importante instrumento viabilizador das estratégias governamentais de coesão social e da educação de uma nova cidadania, 'ativa e responsável', baseada na prestação pelos indivíduos e grupos de 'serviços sociais'.

O governo FHC inaugura entre nós o discurso da *governança*, produzido pela social-democracia inglesa sob o comando de Tony Blair, e o de *competição administrada*, conforme o modelo inglês mesclado com o modelo americano. Ambas as ideias estavam implicadas com a reforma da aparelhagem estatal que começa a ser operacionalizada no primeiro mandato: a primeira, para justificar a redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pela produção de bens e serviços para exercer as funções de regulação e coordenação das políticas econômicas e sociais, na medida em que transfere para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado e descentraliza para os níveis estadual e municipal as funções executivas; a segunda, para viabilizar a transformação dos serviços públicos em organizações públicas não-estatais de um tipo especial: as 'organizações sociais'.

Para estabelecer essas condições, foi criado o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) com a missão específica de orientar e instrumentalizar a reforma da aparelhagem estatal. Para o MARE, a crise do Estado se define como:

(1) uma crise fiscal, caracterizada pela crescente perda do crédito por parte do Estado e pela poupança pública que se torna negativa; (2) como o esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado, a qual se reveste de várias formas: o Estado do bem-estar social nos

²²⁰ Partindo do tripé privatização, abertura comercial e desregulamentação financeira e do mercado de força de trabalho, que caracterizam a política neoliberal, Boito Jr. (1999) constrói uma imagem a partir de três círculos concêntricos para abordar as relações entre o imperialismo e as frações da burguesia brasileira, ou mais especificamente a desigualdade de ganho nessa relação, bem como as modificações e contradições no interior do bloco no poder ou entre as frações da burguesia brasileira. Na verdade, para o autor, somente o setor bancário nacional e o capital financeiro internacional têm seus interesses plenamente satisfeitos pela política neoliberal de abertura comercial e desregulamentação financeira (ver principalmente p. 49-76).

países desenvolvidos, a estratégia de substituição de importações no terceiro mundo, e o estatismo nos países comunistas; e (3) como a superação da forma de administrar o Estado, isto é, a superação da administração pública burocrática. (Brasil, 1995, p. 15)

Nessa concepção, a crise do Estado brasileiro era uma crise do modelo desenvolvimentista na medida em que, ao ampliar sua intervenção na esfera produtiva, se afastou das suas funções básicas, gerando a deterioração dos serviços públicos, a crise fiscal e a inflação. Esta não se deve ao novo modo de acumulação de capital, mas se explica pela inadequação da atuação do Estado na economia e por não ter processado adequadamente a sobrecarga das demandas a ele dirigidas, sobretudo na área social. No primeiro momento (anos 1980), a reação foi ignorar a crise e subestimar o desequilíbrio econômico-financeiro, e no segundo (governo Collor) foi a inadequada resposta neoliberal, porque utópica ao não considerar que o Estado exerce um papel complementar ao mercado na coordenação da economia e na busca da redução das desigualdades sociais.

“Só em meados dos anos 90 surge uma resposta consistente com o desafio de superação da crise: a idéia da reforma ou *reconstrução do Estado*, de forma a resgatar sua autonomia financeira e sua capacidade de implementar políticas públicas” (Brasil, 1995, p. 16, grifo nosso). Ou seja, a idéia não é *minimizar o Estado* como querem os neoliberais, nem expandi-lo conforme a política anterior da social-democracia mundial, mas *reconstruir o Estado*, estruturando-o como um *Estado necessário* para gerenciar a transferência das empresas estatais e serviços públicos para o mercado e delegar à sociedade civil a execução de algumas políticas, enquanto realiza outras de natureza focal.

Os ajustamentos às mudanças não se fazem com políticas de proteção social, mas de acordo com as leis da competitividade do mercado mundial e da ‘globalização’. As ações governamentais diretas devem ser orientadas para o combate à pobreza, para aumentar a ‘competência’ da força de trabalho e a produtividade. Nesse cenário, as políticas sociais, especialmente saúde e educação, ganham novos contornos, desempenhando um caráter compensatório, devendo ser dirigidas aos grupos mais vulneráveis, assumindo um caráter focalizado e seletivo.

Dessa forma, a social-democracia brasileira acompanha a tendência dos partidos social-democratas em diversos países do mundo, que desde a década de 1980²²¹ abandonam a

²²¹ A crise ideológica do movimento socialista reformista e revolucionário na Europa, segundo Boito Jr. (1999), é contemporânea da estagnação econômica e do desgaste ideológico que a extinta União Soviética vinha sofrendo junto ao operariado europeu. Na década de 1980, tanto François Mitterrand na França (1981-1995) como Felipe González na Espanha

retórica socialista e a prática trabalhista e reformista que consubstanciava a sua prática. Em seu lugar, passam a defender a economia de mercado, mesclando liberalismo com traços da ‘moderna’ social-democracia, com o suporte das ideias da Terceira Via sistematizadas por Anthony Giddens e com o amparo financeiro do Banco Mundial.

O Plano Diretor da Reforma do Estado, em 1995, expõe de forma clara os pressupostos dessa proposta ao apontar em primeiro plano a necessidade de promover um ajuste fiscal duradouro, leia-se a política de *superávit primário* e sua contraface, a redução dos gastos públicos na área social, o aumento da pobreza e da desigualdade social, a fim de gerar receitas para o pagamento dos juros e a rolagem da dívida externa junto ao FMI. Em segundo lugar, estava a necessidade de realizar reformas econômicas orientadas para o mercado com o suposto de que isso iria aumentar a concorrência interna e criar condições para enfrentar a competição internacional.

A reforma da previdência social foi outra medida vista como fundamental para enfrentar a crise fiscal, a começar pela extinção de ‘privilégios’, tais como a aposentadoria integral do servidor público, a elevação do prazo para a requisição dos benefícios e a instituição de teto salarial para a aposentadoria, a ser complementada pela previdência contratada com fundos de pensão privados. Argumentando déficits insustentáveis que acabariam sufocando o Estado, o governo FHC consegue a aprovação da reforma em 1998, mas restrita aos trabalhadores da iniciativa privada. Coube ao governo Lula da Silva a sua extensão aos trabalhadores do serviço público. Assim, a partir do governo FHC, começa a ser construído o mercado privado da previdência por capitalização – reivindicado pelo sistema financeiro –, que passa a ser necessária para complementar a futura aposentadoria dos trabalhadores (Paulani, 2006).

Outra proposta é a inovação dos instrumentos de política social. Aqui se incluem os novos mecanismos de privatização dos serviços sociais públicos com a criação da figura jurídica das organizações sociais,²²² a focalização das ações do Estado no atendimento das demandas sociais básicas e a construção da chamada ‘sociedade civil ativa’ cujo melhor

(1982-1996) vinham aplicando uma política que se aproximava da inaugurada por Margareth Thatcher na Inglaterra. Após a era Thatcher, coube a Tony Blair (1997-2007) ‘modernizar’ a social-democracia inglesa e reunir a ‘Cúpula da Governança Progressiva’ que até 2002 contou com a presença de FHC e conta, até o momento, com a participação de Lula da Silva.

²²² Lei nº 9.637, de 15/5/1998, considerada por Algebaile (2005) o primeiro dispositivo legal para regulação da relação entre Estado e sociedade civil. Além da Lei das OS, nesse período foram aprovadas a Lei do Trabalho Voluntário (Lei nº 9.608, de 18/2/1998) e a Lei que cria as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) (Lei nº 9.790, de 23/3/1999). Tanto a Lei das OS como a das Oscip foram elaboradas no âmbito do Programa Comunidade Solidária. Para mais informações, consultar Algebaile, Maria Emilia B. Mecanismos regulatórios como elementos constitutivos da nova pedagogia da hegemonia. In: Neves (2005).

exemplo foi a criação do Programa Comunidade Solidária, em 1995 (Melo e Falleiros, 2005). As ações desse programa se pautaram pela reunião de diversos programas existentes e pela mobilização da comunidade para enfrentar o cenário de miséria da população brasileira atuando em seis áreas: Saúde, Suplementação Alimentar, Apoio à Agricultura Familiar, Desenvolvimento Urbano, Geração de Emprego e Renda e Qualificação Profissional, e Apoio ao Ensino Fundamental. Da área de saúde reuniu um conjunto de programas com maior potencial de impacto na redução da mortalidade infantil, tais como o Programa de Combate à Desnutrição Infantil (Programa do Leite), o Programa de Saneamento Básico da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), o Programa Nacional de Imunização (PNI) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Todas essas propostas tiveram como justificativas o aumento da abrangência das ações e da qualidade da oferta que pode ser tanto pública como privada. O que importa é que o ‘cidadão-cliente’²²³ seja satisfeito em suas demandas e que a ‘comunidade’ participe do controle social e da oferta de serviços sociais fragmentários.

Finalmente, havia a necessidade de realizar a reforma da aparelhagem estatal visando aumentar a *governança*, que implicava superar o “retrocesso de 1988” representado pela Constituição – pois que havia engessado o poder público e reproduzido “um novo populismo patrimonialista” (Brasil, 1995, p.27) –, assim como a administração pública burocrática por uma administração pública gerencial.

A primeira é considerada rígida e ineficiente, voltada para si própria, centralizada e baseada no controle interno dos processos e procedimentos. A segunda busca a eficiência – redução de custos – e a flexibilidade do setor público – leia-se: abertura para a privatização e a extinção do instituto da estabilidade; o desenvolvimento de uma cultura gerencial baseada na avaliação do desempenho, no controle dos resultados, na descentralização dos serviços para alcançar o ‘cidadão-cliente’ e na *competição administrada*.

Na administração pública gerencial a estratégia volta-se: (1) para a definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade; (2) para a garantia de autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros que lhe forem colocados à disposição para que possa atingir os objetivos contratados; e (3) para o controle ou cobrança *a posteriori* dos resultados. Adicionalmente, *pratica-se a competição administrada no interior do próprio Estado*, quando há a possibilidade de estabelecer

²²³ O termo cliente caracteriza uma relação de consumidor, está vinculado à ideia da capacidade econômica do indivíduo de consumir no mercado de bens e serviços. Essa relação de ‘cidadão-cliente’ não garante o direito à saúde como inalienável dos seres humanos; ele não é um cidadão portador de direitos.

concorrência entre unidades internas. No plano da estrutura organizacional, a descentralização e a redução dos níveis hierárquicos tornam-se essenciais. Em suma, afirma-se que *a administração pública deve ser permeável à maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil* e deslocar a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins). (Brasil, 1995, p. 22, grifos nossos)

Para viabilizar a ‘modernização’ e privatização do setor público, o Plano Diretor elabora um modelo conceitual caracterizado por três formas de propriedade: pública, pública não-estatal e privada, que se relacionam com quatro setores do aparelho do Estado então identificados – o Núcleo Estratégico, as Atividades Exclusivas, os Serviços Não-Exclusivos e o setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado. O primeiro setor é responsável pela definição das leis, a formulação das políticas públicas e a cobrança dos resultados. Segundo o modelo inglês, pode ser compreendido como o setor responsável pela formulação do sistema de *competição administrada* que direciona a demanda, o financiamento por meio de contratos de gestão com as instituições públicas e/ou privadas e o terceiro elemento (também chamado de ‘terceiro pagador’ ou *sponsors*), que entra na regulação da relação Estado-Mercado-Sociedade Civil, visto como setores independentes e separados.

Além da separação das funções de formulação/financiamento e execução ou entre demanda e oferta explicitadas pelo modelo conceitual, o que se define aí é uma concepção de Estado que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social e se concentra na tarefa de promover e regular esse desenvolvimento. Este seria levado a cabo pelo mercado considerado mais eficaz no desenvolvimento da economia e no gerenciamento das empresas estatais a serem privatizadas, e pelos organismos da sociedade civil considerados mais eficientes no desenvolvimento do social ou na execução das políticas sociais. Conforme Pereira (1997, *apud* Melo e Faleiros, 2005, p. 180), o modelo de Estado que estava sendo construído se caracteriza por uma atuação

[...] menos voltada para a proteção e mais para a promoção da capacidade de competição. Será um Estado que não utilizará burocratas estatais para executar os serviços sociais e científicos, mas contratará competitivamente organizações públicas não-estatais. Será o que propusemos chamar de Estado social-liberal, em substituição ao Estado social burocrático do século XX. Um Estado certamente democrático, porque o grande feito do século XX foi ter consolidado a democracia.

Para a visão social-liberal de mundo ou para o *neoliberalismo da Terceira Via*, o Estado é o lugar da política, o mercado é o da economia, e a sociedade civil ou terceiro setor, o espaço do social, “das relações sociais baseadas na solidariedade e no altruísmo, que

promoveria a participação da ‘comunidade’” (Melo e Faleiros, 2005, p. 183). A democracia é entendida como ‘regime de governo’ (democracia formal) combinada com formas de ‘participação’ popular (democracia dialógica), que deve buscar conciliar os inconciliáveis interesses históricos das classes para consolidar a legitimação social. Ela pressupõe a mobilização e o alargamento da confiança entre os indivíduos, um maior intercâmbio de emoções, ideias e reflexões, ao mesmo tempo que ressignifica as formas de participação e o sentido histórico da política e das lutas sociais.

Nesse sentido, a ‘sociedade civil ativa’, tal qual se expressou no Programa Comunidade Solidária, é o lugar da ajuda mútua, da solidariedade, da colaboração e da harmonização social, por meio de novos organismos sociais como as ONGs e instituições nacionais e internacionais. Idealizada como uma esfera autônoma do mercado e do Estado, cabe a esse último dirigir a sociedade civil ou o ‘terceiro setor’ a partir de certas diretrizes, tais como desenvolver ações em parceria; incentivar a auto-organização por grupo de interesses; potencializar as comunidades na resolução dos seus problemas; e promover um pacto social para a solução pacífica dos conflitos. Tal formulação está na base da elaboração do conceito de público não-estatal, que vai naturalizando a privatização das políticas públicas nesse período.²²⁴

Ao contrário da visão gramsciana (Fontes, 2006), portanto, a sociedade civil é apresentada como um espaço sem antagonismos e disputas de projetos de sociedade, é ‘despolitizada’, livre dos ‘vícios’ do Estado em sentido restrito e do mercado. Sua missão é implementar/executar as políticas sociais, já que o Estado e o mercado fracassaram; não é um espaço autoritário, como o primeiro, nem busca o lucro, como o segundo.

Nessa perspectiva, o Estado só iria atuar naquelas atividades consideradas exclusivas, isto é, naqueles setores que prestam serviços que só o Estado pode executar e que tem o poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar, tais como a segurança pública, a cobrança e fiscalização dos impostos, a previdência social básica, o subsídio à educação básica, a compra de serviços de saúde, entre outros. As atividades desses dois setores – Núcleo Estratégico e Atividades Exclusivas –, por serem eminentemente públicas, são administradas num misto de gestão burocrática e gerencial. O setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado corresponde às empresas estatais que estão no interior do aparelho de Estado, mas

²²⁴ Para uma discussão sobre a construção desse conceito, consultar Fontes (2008).

correspondem a atividades econômicas tipicamente voltadas para o lucro, logo seriam privatizadas e guiadas fundamentalmente pela administração gerencial.

Por fim, os serviços não-exclusivos estão implicados diretamente com as novas formas de privatização no setor saúde e, conseqüentemente, com o próprio desenvolvimento da *burguesia de serviços de saúde* e suas demandas de formação para o trabalho. Também denominados de ‘serviços sociais competitivos’ pelo Plano Diretor do MARE, se refere aos setores em que o Estado atua em ‘parceria’ com organizações da sociedade civil, tais como os de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, meio ambiente, cultura e saúde. Nesse caso, a melhor forma de propriedade seria a ‘pública não-estatal’, porque nem é propriedade estatal, já que as instituições não exercem o poder de Estado, nem é propriedade privada, pois como oferecem serviços que envolvem direitos humanos fundamentais, como os de educação e saúde, o Estado participa subsidiando. E como são ‘competitivos’, a melhor forma de administração é a gerencial.

Deste modo o Estado abandona o papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se, entretanto, no papel de regulador e provedor ou promotor destes, principalmente dos serviços sociais como educação e saúde, que são essenciais para o desenvolvimento, na medida em que envolvem investimento em capital humano, para a democracia, na medida em que promovem cidadãos, e para uma distribuição de renda mais justa, que o mercado é incapaz de garantir, dada a oferta muito superior à demanda de mão-de-obra não-especializada. Como promotor desses serviços o Estado continuará a subsidiá-los, buscando, ao mesmo tempo, o controle social direto e a participação da sociedade. (Brasil, 1995, p. 18)

A propriedade pública não-estatal torna mais fácil e direto o controle social, através da participação nos conselhos de administração dos diversos segmentos envolvidos, ao mesmo tempo que favorece a parceria entre sociedade e Estado. As organizações nesse setor gozam de uma autonomia administrativa muito maior do que aquela possível dentro do aparelho do Estado. Em compensação seus dirigentes são chamados a assumir uma responsabilidade maior, em conjunto com a sociedade, na gestão da instituição. (Brasil, 1995, p. 55)

É segundo esses pressupostos que ainda em 1995 Luiz Carlos Bresser Pereira, então ministro do MARE, apresenta a sua proposta de ‘Reforma Administrativa do Sistema de Saúde’, na realidade uma reforma do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial do SUS.²²⁵ Esse sistema, na sua avaliação, precisava completar o seu processo de reforma, e o objetivo era garantir melhor atendimento mediante um controle mais adequado das ações, com menores custos e melhor qualidade dos serviços pagos pelo Estado, além de racionalizar o acesso ao atendimento hospitalar, evitando internações e exames desnecessários. A

²²⁵ A síntese foi elaborada com base em texto do mesmo nome, apresentado pelo autor no Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), Buenos Aires, em 25 de outubro de 1995.

contrapartida da racionalização do acesso e da redução dos custos da medicina curativa seria o aumento de recursos para a medicina preventiva, decorrente da economia de recursos e do controle das despesas dos hospitais.

Em outras palavras, o sistema vigente era caro, com tendência sempre de elevar os custos em razão do aumento da complexidade e da sofisticação tecnológica do tratamento médico-hospitalar. A racionalização do acesso aos hospitais teria como contrapartida o estabelecimento de um pacote de benefícios na área de saúde pública, tal como o Programa Saúde da Família. Essa clivagem era uma das idéias-força do receituário do Banco Mundial para a reforma do setor saúde, no país, explicitada no documento de 1993, que potencialmente joga por terra os princípios do SUS de universalidade e integralidade.

Interessante notar que o autor admite que a ‘crise da saúde’ se explica também pelo baixo financiamento, decorrente das políticas anteriores de redução dos gastos sociais, mas a ideia central, considerando o exposto no Plano da Reforma do Estado, é que o Estado burocrático existente era ineficiente, gastava mal os poucos recursos disponíveis para a área social e era corrupto. A argumentação segue assim em duas direções. A primeira, com forte traço ideológico, vende a idéia de que a reforma visava dar uma “nova vida e força aos propósitos de descentralização, integração das ações e eficiência do SUS” (Brasil, 1998, p. 14). A outra, de viés economicista, busca construir a capacidade de *governança* do Ministério da Saúde e correlativamente das instâncias subnacionais – secretarias estaduais e municipais de saúde – para exercerem as funções de regulação e coordenação das políticas de saúde, na medida em que transfere para as instituições privadas o sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial e descentraliza para os níveis estadual e municipal as funções executivas.

Para Bresser Pereira, o principal problema da assistência médico-hospitalar do SUS era a baixa qualidade dos serviços oferecidos à população. Segundo o autor, não era por outra razão que

os sistemas privados de medicina em grupo [...] florescem, financiados não apenas individualmente, mas principalmente pelas empresas. A grande massa da população brasileira, entretanto, continua a depender do SUS, que, carente de recursos, e com um sistema administrativo ainda indefinido, não atende aos princípios propostos. Na prática, não é universal, não garante a equidade, a descentralização é limitada e não logrou eliminar completamente as competências concorrentes da União, dos Estados e dos Municípios. Além disso, favorece desnecessariamente as internações hospitalares em detrimento do tratamento ambulatorial, que é mais barato e capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde. (Brasil, 1998, p. 13)

Portanto, para além do problema do financiamento, que naquele momento estava sendo ‘equacionado’ com a proposta de criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)²²⁶ pelo então ministro da Saúde Adib Jatene (1995-1996), a outra razão para o ‘caos da saúde’ era administrativa. Isso decorria, em primeiro lugar, do fato de o controle e a gestão do SUS permanecerem ainda muito centralizados no nível federal. Em segundo, por não haver uma clara distinção entre credenciamento dos hospitais (sistema de demanda) e o encaminhamento dos pacientes no interior do sistema (sistema de oferta), e por último, por não ter sido considerada até aquele momento a possibilidade de outras formas de propriedade para fornecimento dos serviços hospitalares, tais como a propriedade pública não-estatal.

Diante desse diagnóstico, Bresser Pereira propõe a criação de um ‘Sistema de Atendimento à Saúde’ organizado em dois subsistemas: o *Subsistema de Entrada e Controle* (sistema de demanda) e o *Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar* (sistema de oferta). Propõe ainda a aceleração da descentralização com maior responsabilização dos municípios e conselhos municipais de saúde, o que de fato ocorre com a aprovação da NOB 1996, e a montagem de um Sistema de Informações Gerenciais em Saúde, fundamental dentro da lógica de produção de uma cultura gerencial centrada em resultados e de parceria com a sociedade. Essas propostas tinham como referência sete pressupostos:

Primeiro, [...] que a descentralização permite um controle local muito melhor da qualidade e dos custos dos serviços prestados. **Segundo**, que a descentralização favorece o controle social por parte da comunidade atendida pelo serviço, tornando-o duplamente efetivo. **Terceiro**, a separação operacional entre o **Subsistema de Entrada e Controle**, para solução de problemas mais simples, em nível do indivíduo e da família, e o **Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar** permite o surgimento de mecanismo de competição administrada altamente saudável, envolvendo os subsistemas de entrada e controle entre si (competição pela qualidade, resolubilidade, efetividade, integração e continuidade) e entre ambulatorios e hospitais de referência (competição pela qualidade, redução de custos e desempenho, entre outros). **Quarto**, que o sistema de encaminhamento via postos de saúde e clínicos gerais diretamente controlados pelo Poder Público evitará uma grande quantidade desnecessária de internações hospitalares. **Quinto**, que a partir da efetiva responsabilização dos Prefeitos e dos Conselhos Municipais de Saúde, a auditoria permanente realizada em nível municipal será mais eficiente e oportuna, fortalecendo a auditoria complementar exercida pelas esferas federal e estadual. **Sexto**, que a participação e o controle social em nível municipal passam a ser mais efetivos à medida que asseguram o acesso direto dos usuários ao sistema de controle. **Sétimo**, que esse controle é fortalecido pela montagem dos Conselhos Municipais de Saúde. (Brasil, 1998, p. 11, grifos do autor)

²²⁶ A CPMF é criada pela Lei nº 9.311, de 24/10/1996, com a intenção de destinar a arrecadação desse tributo para a área de saúde, sucessivamente prorrogada até ser rejeitada pelo Senado em dezembro de 2007. Entretanto, assim como os da seguridade social, os recursos arrecadados são destinados também para outros fins.

Tendo como base o sistema inglês de ‘quase mercado’ (Almeida, 1996), também indicado no documento do Banco Mundial de 1993 (Rizzotto, 2000), o *Subsistema de Entrada e Controle* seria a porta de entrada obrigatória do sistema, responsável pelo atendimento dos problemas mais comuns de saúde da população local e integrando as ações de promoção, prevenção e recuperação. Organizado de acordo com a base populacional e geográfica de cada município, prevê adscrição de clientela às unidades locais e aos médicos de saúde da família. Os clínicos gerais dos postos e/ou centros de saúde, ou os médicos do Programa Saúde da Família, seriam os responsáveis pelo encaminhamento dos pacientes para os níveis de maior complexidade e de especialização organizado em torno do *Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar*. Caberia ao gestor desse subsistema, de preferência não médico, credenciar os hospitais, negociar as condições dos serviços, encaminhar aos hospitais credenciados os pacientes por meio dos médicos e das unidades de saúde, aprovar as contas dos hospitais, entre outros procedimentos. Toda a trajetória do ‘cidadão-cliente’ dentro do sistema seria acompanhada e registrada mediante a criação de uma rede informatizada e da adoção do Cartão SUS Municipal.

No interior do *Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar* estão todos os serviços laboratoriais e diagnósticos e os hospitais públicos, filantrópicos e privados localizados nos municípios. A ideia central nesse subsistema é a instituição do mecanismo de *competição administrada* entre os hospitais pelo fundo público do SUS e a clientela. Os hospitais públicos existentes também integram o sistema de oferta, competindo indistintamente com os hospitais privados e filantrópicos, mas sob a nova forma de propriedade, ou seja, como “entidades públicas não-estatais de direito privado, com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o Poder Executivo, e assim participar do orçamento federal, estadual e municipal” (Brasil, 1998, p. 20). Nos municípios onde existe um problema real de oferta de hospitais, prevê-se o estímulo à prática de consórcios intermunicipais e interestaduais, assim como a instituição de um sistema de remuneração que premie o desempenho e a qualidade do atendimento por meio de dois índices de valorização de desempenho, hospitalar e ambulatorial – IVDH e IVDA. Os hospitais universitários e os hospitais que tenham papel relevante na pesquisa médica terão prioridade por parte do Estado e, portanto, receberão, como organizações sociais, dotações orçamentárias, além das receitas provenientes dos serviços contratados pelo *Subsistema de Entrada e Controle*.

Portanto, é um conjunto de propostas que visavam preparar as instituições públicas de saúde para o seu papel regulador e coordenador da privatização do setor e de outras políticas de flexibilização da administração pública e do próprio SUS. As duas propostas de emendas constitucionais referentes à administração pública e a emenda constitucional da Previdência, explicitadas no Plano Diretor e encaminhadas ao Congresso Nacional, em 1995, dão bem a dimensão do processo de desmonte do Estado que o governo FHC queria promover.²²⁷ Especificamente, em relação ao setor saúde o Poder Executivo propôs no texto que tratava da reforma da previdência (PEC 33/1995) acrescentar no art. 196 da Constituição a expressão ‘nos termos da lei’,²²⁸ que abriria brecha jurídica para a adoção de medidas de ajuste no interior do SUS, entre as quais a revogação dos princípios de universalidade, integralidade e gratuidade (Rizzotto, 2000).

Ou seja, paralelamente à proposta de criação do ‘Sistema de Atendimento à Saúde’, o governo FHC encaminhava a desconstitucionalização do SUS, considerado uma ‘proposta idealista’ para o Banco Mundial. Segundo a ex-deputada Jandira Feghali (2006, p. 289),

Na hora que veio essa desconstitucionalização, ela não teve espaço, tanto que o Fernando Henrique retirou. Nem foi a voto! Ele retirou porque a resistência foi tanta, dentro do Congresso e fora, que era indefensável. Quem defendia era o Reinhold Stephanes, que era o ministro da previdência, à época. [...] Mesmo no campo do PSDB, da direita, ninguém tinha coragem de dizer que tinha que tirar o SUS da Constituição.

Mas, como aponta o Plano Diretor da Reforma do Estado, as reformas institucionais-legais eram fundamentais para a mudança de gestão do setor público, porém essa mudança não se limitava a elas nem podia esperar por elas. “É preciso já se implantar na administração pública toda uma *nova filosofia*, toda uma *nova cultura gerencial* e suas respectivas práticas” (Brasil, 1995, p. 67, grifos nossos). Nesse sentido, já estavam sendo encaminhados diversos projetos que não iam aguardar as reformas constitucionais: a avaliação estrutural dos órgãos e entidades governamentais, o projeto de agências autônomas e das organizações sociais e publicização. Isto é, projetos construídos para contornar a ‘rigidez burocrática’ da administração pública que, no entendimento do governo FHC, não atendia com agilidade,

²²⁷ Como, por exemplo, o fim do Regime Jurídico Único (RJU), permitindo a volta de contratação de servidores celetistas; a flexibilização da estabilidade dos servidores públicos estatutários, permitindo-se a demissão por falta grave, insuficiência de desempenho e excesso de quadros; limitação rígida dos proventos da aposentadoria e das pensões ao valor equivalente percebido na ativa; extinção da aposentadoria integral e das aposentadorias precoces, entre outras medidas.

²²⁸ Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, “**nos termos da lei**”.

qualidade e eficiência as demandas do ‘cidadão-cliente’ por determinados serviços sociais, como a saúde e a educação.

Esse conjunto de propostas lança as bases para a parceria Estado-Sociedade Civil e para o denominado Programa Nacional de Publicização. No primeiro caso, de acordo com Neves (2005, p. 94), o Programa Comunidade Solidária, em 1995, inaugura “uma atividade significativa de obtenção de consenso para o projeto de sociabilidade neoliberal da Terceira Via”, mediante o envolvimento de pessoas e ONGs em atividades políticas e culturais as mais diversificadas. No segundo caso, a ‘publicização’ justificou um amplo programa de privatização e terceirização das instituições públicas, particularmente no setor saúde, tanto no nível federal como no estadual e no municipal, com o argumento de que a gestão ou a gerência de unidades hospitalares do Estado, por não ser uma atividade exclusiva, podia ser transferida à ‘iniciativa privada sem fins lucrativos’.

O novo nesse processo é que diferentemente de outros contratos de serviços realizados com a iniciativa privada, a qual entra na relação com o serviço público oferecendo os seus recursos físicos e humanos para prestar os serviços contratados, o contratante (instituições públicas) cede ao contratado (instituições privadas) parte ou a totalidade de seus próprios recursos (físicos, humanos e materiais), configurando assim novas formas de articulação público-privado no setor saúde.

A ‘publicização’ aprovada oficialmente no legislativo federal como Lei nº 9.637, de 15/5/1998, ou Lei das OS (Organizações Sociais), consubstancia os interesses da burguesia de serviços de maneira geral, e da burguesia de saúde em particular. Com essa lei, a ‘flexibilização’ do SUS é posta em execução, em primeiro lugar, ao permitir a mudança da natureza jurídica das instituições públicas de direito público para direito privado, ou seja, a instituição pública, ao ser extinta, é substituída na forma de fundação ou associação civil. Em segundo lugar, as organizações sociais – como cooperativas de médicos, associação de médicos, entidades filantrópicas sem fins lucrativos, entidades civis de prestação de serviços médicos etc. – são qualificadas livremente pelo ministro do órgão supervisor ou regulador do setor de atividade correspondente e pelo MARE. Não é prevista licitação de ‘concorrentes’, o que teoricamente caberia ao modelo de *competição administrada*, nem se previam garantias reais para a execução dos serviços, assim abrindo espaços para favorecimentos de toda espécie a depender da influência política dos ‘concorrentes’.

Para ser habilitada como OS, a instituição teoricamente deve ser ‘sem fins lucrativos’, cumprir determinados requisitos formais e se submeter a um contrato de gestão, que especifica o programa de trabalho proposto pela OS, com as metas a serem atingidas, os prazos de execução, os critérios de avaliação de desempenho e indicadores de qualidade e produtividade. Declarada como entidade de interesse social e utilidade pública, se torna ‘parceira’ do Poder Público. Nessa condição pode receber verbas públicas, têm a permissão para usar o patrimônio público (concessão de bem imóvel, bens móveis e equipamentos) e o erário público pode ceder os servidores públicos com ônus. O poder público concede autonomia para contratar funcionários sem concurso público, autoriza a obtenção de recursos de fontes extra-orçamentárias como, por exemplo, a venda de serviços e celebração de convênios com planos privados de saúde e seguros-saúde, e a fazer compras sem licitação. Além disso, o fundo público de saúde pode ser administrado por uma fundação que contrate diversos prestadores para a execução dos serviços previstos no contrato de gestão ou ser administrado diretamente por uma associação civil, sem restrição à aplicação dos recursos no mercado financeiro.

Essas ‘orientações’ do MARE foram assimiladas pelo Ministério da Saúde e reorientaram a revisão da sua estrutura e de suas políticas, extensamente analisadas por Rizzotto (2000). Como diria Adib Jatene, em 1996, “não nos preocupa quem é o dono do hospital, mas como o doente é atendido” (Folha de S.Paulo, *apud* Rizzotto, 2000, p. 207). Em 1995, no documento intitulado ‘Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil’, preparado para a ‘reunião especial sobre Reforma Sectorial en Salud’ promovida por Opas, BID e Banco Mundial, o MS apresenta as diretrizes políticas que orientariam as mudanças no setor.²²⁹ Entre elas, uma mudança cultural na forma de lidar com o cidadão que será cada vez menos um paciente e cada vez mais um ‘cliente’; a consolidação do sistema público nacional, com capacidade técnico-operacional e administrativa renovada, com informatização abrangente para servir de base à gestão do sistema e conscientização social; a organização de um sistema assistencial privado, devidamente regulamentado; e o funcionamento competitivo dos subsistemas público e privado para estimular a qualificação com redução de custos.

²²⁹ Na mesma ocasião, o governo brasileiro, por meio do MS, estava negociando recursos junto ao BID e ao BM para financiamento do ReforSUS, inicialmente tratado como ‘Reforço à Organização do SUS’, mas posteriormente como ‘Projeto de Reforma do Setor Saúde’ pelos financiadores, revelando uma ‘evolução’ das pretensões iniciais de ‘reforçar’ para reformar o SUS (Rizzotto, 2000).

Portanto, com base no arcabouço de ideias do Plano Diretor da Reforma do Estado, com o apoio do MS e, principalmente, em decorrência da Medida Provisória nº 1.591, de 6/11/1997, que dá origem à Lei nº 9.637/1998, se assiste na segunda metade dos anos 1990 a um intenso processo de terceirização dos serviços de saúde. Assim, ao mesmo tempo, elimina-se a figura do servidor público com a flexibilização e a desregulamentação das relações de trabalho; oficializa-se a dupla porta de entrada no SUS, ao permitir a celebração de convênios com os planos privados de saúde como forma de captação adicional de recursos, agravando as desigualdades de acesso e aumentando a regressividade do sistema; compromete-se o serviço, que antes era público, com o faturamento, a produtividade e a otimização da relação custo-benefício.

Assim, privilegia-se mais a quantidade do que a qualidade da assistência, que nessa nova forma jurídica funciona como justificativa ideológica para a privatização. A qualidade aí é de outra natureza; trata-se da consolidação da *burguesia de serviços de saúde* – particularmente os grupos médicos organizados em cooperativas –, que pode ter acesso ao fundo público de saúde por meio de um contrato global ou por produção, além de contar com as outras benesses previstas na legislação, inclusive a aplicação do fundo público no mercado financeiro.

No município de São Paulo, com a aprovação da Lei Municipal nº 11.866/1995, Paulo Maluf cria o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), transferindo todas as unidades hospitalares para cooperativas médicas, que assumiram a direção, a execução e a prestação de serviços públicos de saúde à população. No mesmo ano, o estado de Tocantins, pela Lei Estadual nº 762, de 26/6/1995, é autorizado a celebrar convênio com os municípios, entidades filantrópicas e associações sem fins lucrativos com o objetivo de ‘promover a descentralização das Ações de Serviço de Saúde, conforme diretrizes do SUS’. Em 1997, o Poder Executivo do estado do Rio de Janeiro também é autorizado por lei estadual a mudar a forma de gestão dos hospitais públicos, mas prevendo licitação dos concorrentes. Nesse mesmo ano, o estado da Bahia instituiu o ‘Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais’, vedando a cessão de servidores da administração pública direta, autárquica e fundacional às OS, mas autorizando a contratação de servidores por elas. Da mesma forma, em 1997, o estado de Roraima instituiu o ‘Plano de Assistência Integral à Saúde’ (PAIS) com o objetivo de instituir um novo modelo de gestão da saúde pública, isto é, uma forma

empresarial de gerir os serviços estaduais, por meio da Cooperativa dos Profissionais de Saúde de Nível Superior (Gonçalves, 1998).

No entanto, a implementação das organizações sociais foi apenas uma das modalidades de privatização dos serviços públicos. Concomitantemente a essa iniciativa foram criadas entidades de direito privado, paralelas aos hospitais, como as fundações privadas de apoio com ampla autonomia para captação e gerenciamento de recursos financeiros. Houve a terceirização da gerência de unidades hospitalares públicas, com a transferência da gerência dos hospitais estatais para entes privados lucrativos ou não-lucrativos; a terceirização das atividades assistenciais e/ou serviços especializados do hospital, substituindo o servidor público por prestadores privados organizados em cooperativas de profissionais de saúde; as terceirizações nas áreas de limpeza, manutenção, segurança e em setores como os de hemoterapia e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; a terceirização da mão-de-obra por meio de cooperativas, fundações e ONGs, como formas de contratação, flexibilização e gestão de pessoal, tais como no PACS e no PSF, muitas terceirizações das quais usurpando os direitos trabalhistas e sociais. Por último, houve a implantação de consórcios intermunicipais organizados na forma de pessoa jurídica de caráter privado (Machado, 2001; Pereira, 2004; Ribeiro e Costa, 2001).

Esse processo associado à contratação do setor privado filantrópico, à ‘inampização’ do MS e os subsídios fiscais para o mercado de planos e seguros privados de saúde, vai configurando o que podemos denominar de ‘universalização do privado’ no interior do SUS. Em 1998, o mercado de planos e seguros-saúde já abrangia 25% da população ou 37 milhões de clientes, dos quais aproximadamente 5 milhões de servidores públicos: civis e militares, com uma arrecadação estimada de cerca R\$ 16,03 bilhões, equivalente ao orçamento do MS, à época, de R\$ 17,5 bilhões (Bahia, 2008).

É nesse contexto de políticas governamentais fortemente indutoras da privatização da esfera pública, segundo Boito Jr. (1999, p. 15), que a nova burguesia de serviços, “composta por indivíduos, instituições ou grupos proprietários de escolas, de universidades, de hospitais e de empresas de convênio médico”, aumenta o seu poderio econômico e fortalece a sua organização política, de forma a desempenhar uma função da qual o Estado pretendia desvencilhar-se. Segundo o autor, essa fração burguesa é “um subproduto necessário da redução dos gastos e dos direitos sociais” (Boito Jr., 1999, p. 67) e, por isso mesmo, ocupa

uma posição singular no bloco de poder, apesar de não ser uma fração hegemônica, posição que cabe ao grande capital financeiro nacional e internacional.

Embora seja diretamente interessada apenas na política de desregulamentação do mercado de trabalho e de supressão dos direitos sociais, e embora não disponha do poderio econômico dos grandes grupos industriais e bancários, ela é favorecida pela posição estratégica que ocupa na política neoliberal. O imperialismo e todas as frações burguesas presentes no bloco do poder estão unidas na pressão pela redução dos gastos sociais do Estado e, nessa medida, convergem na defesa, mesmo que indireta, dos interesses da nova burguesia de serviços – a asfixia da educação, da saúde e da previdência públicas é o maior estímulo para o crescimento do mercado no qual atua essa nova burguesia. Além disso, *o neoliberalismo está permitindo não apenas a consolidação econômica dessa fração de classe, como também sua legitimação social*. A apologia do mercado estigmatiza os serviços públicos e legitima a mercantilização da saúde, da educação e da velhice. A burguesia de serviços tem contado com os préstimos de toda a grande imprensa, sempre pronta a mistificar os serviços privados, em reportagens promocionais, e para explorar, de maneira sensacionalista e falaciosa, a degradação, que é real, dos serviços públicos. Daí, as incontáveis reportagens, na imprensa escrita, no rádio e na televisão, sobre a ‘falência’ dos hospitais públicos, do ensino público, do INSS, etc. Tais reportagens parecem, à primeira vista, criticar a política neoliberal de redução dos gastos sociais, mas sugerem, de modo subliminar, que é inevitável e vantajoso recorrer aos serviços privados. (Boito Jr., p. 71, grifos nossos)

Um exemplo dessa convergência de interesses entre a burguesia industrial e a *burguesia de serviços de saúde* foi a aprovação da Lei nº 9.249, de 26/12/1995, que permitiu a dedução integral dos valores destinados ao pagamento de planos ou seguros de saúde no Imposto de Renda de Pessoas Jurídicas (IRPJ), tanto para os empregados como para os dirigentes, ao considerar essas despesas como custos operacionais das empresas empregadoras. Quando o governo FHC reabre o processo de revisão constitucional, a burguesia industrial, por meio da Confederação Nacional da Indústria (CNI), lança o documento/‘cartilha’ *Custo Brasil*, em maio de 1995. Entre os elementos desses custos, estavam arrolados os gastos das empresas com educação e saúde.

Para a CNI, a ausência do poder público em suprir, em quantidade e qualidade adequadas às empresas, os serviços de educação e saúde vem aumentando significativamente os custos internos da produção, já que ‘as empresas modernas têm devotado recursos significativos para suprir estas carências’. (CNI, 1995, *apud* Rodrigues, 1998, p. 35)

A colaboração da mídia, por sua vez, vai sutil e paulatinamente legitimando a privatização na saúde sob a clivagem de que o Estado é ineficiente, gasta mal os recursos e é corrupto, enquanto o mercado é eficiente, premia o bom desempenho, privilegia a qualidade do serviço, e a competição é saudável porque valoriza a relação custo-benefício. Nesse contexto, a esfera pública de responsabilidade estatal vai se convertendo em bem público não-estatal ou bem de mercado, que as pessoas devem adquirir, ao mesmo tempo que as

instituições públicas vão incorporando a lógica privada e transformando a racionalidade gerencial em elemento fundamental para sair da ‘crise’.

Mas a contrarreforma não foi realizada da forma idealizada pelo MARE, nem foi um processo passivo, pois encontrou resistências de várias ordens. À *burguesia de serviços de saúde* não interessava o modelo de *competição administrada*, na medida em que esta potencialmente criava mecanismos regulatórios sobre as instituições privadas, impedindo a livre oferta de serviços médicos. Ao mesmo tempo, *a burguesia de serviços de saúde* associou essa proposta à possível influência das seguradoras do ramo saúde vinculadas ao capital financeiro, que veiculavam na mesma época a ideia da Atenção Gerenciada (AG) (Merhy e Bueno, 1998).²³⁰

Esse modelo é baseado no controle de riscos, que pressupõe a mudança de um modelo clínico que opera por procedimentos médicos, de base flexeneriana, considerado responsável pelo padrão de incorporação tecnológica de alto custo. Nessa medida, propõe um maior controle dos custos hospitalares, de maneira geral, e do ato médico, em particular, consequentemente tendendo a diminuir a autonomia médica, tornando-se assim um dos principais focos de tensão entre as seguradoras do ramo saúde e os prestadores privados de saúde. Na prática, portanto, permanecem o modelo clínico baseado em procedimentos médicos e a liberdade de atuação da *burguesia de serviços de saúde* em termos de oferta de serviços e seus múltiplos *lobbies* junto ao Executivo Federal, ao Poder Legislativo e a instâncias subnacionais.

A proposta de organizações sociais, por outro lado, foi rejeitada pela X Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996, e logo depois pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em maio de 1997, em razão do seu caráter privatizante, potencialmente lesiva ao patrimônio público, além de sua ilegalidade e inconstitucionalidade. Com base nos

²³⁰ Merhy e Bueno (1998) constatam que a partir de 1996 começa a circular de modo insistente, no país, uma série de reportagens e matérias sobre AG na imprensa escrita, a partir de instituições nacionais, internacionais e empresas, e a se realizarem cursos sobre a temática. Entre essas reportagens, está a publicação, em 1996, de uma infinidade de textos da imprensa especializada e não-especializada sobre o assunto, com destaque para as publicações de entidades médicas, como as do Conselho Regional de Medicina de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira e do IDEC, organização não-governamental, por meio de sua *Revista Consumidor S.A.* Também destaca-se a publicação da Opas, em 1996, apontando a pertinência da proposta para os países latino-americanos, denominada ‘Nuevas modalidades de organización de los sistemas y servicios de salud en el contexto de la reforma sectorial: la atención gerenciada’. A revista *Exame*, em reportagem de capa de maio de 1997, trata do ‘preço da saúde no Brasil’ e propõe como antídoto o *managed care* (atenção gerenciada). A revista *Prodoctor Business*, uma publicação do Laboratório Ache, em maio de 1997, traz matéria tratando da AG como uma novidade dos planos de saúde. Há ainda a realização de curso de capacitação promovido pelo Proahsa, em 1997, por meio do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da FMUSP e da Escola de Administração da FGV-SP, sobre ‘Alternativas de Gestão em Saúde – Managed Care’, com o professor Gordon Brown, da University of Missouri, EUA.

argumentos do MARE em relação à ‘rigidez burocrática’ da administração pública e do fracasso de outras figuras jurídicas, tais como as autarquias e fundações públicas, em assegurar a autonomia dos serviços sociais a cargo do Estado, o CNS defende que

Então seria mais lógico e natural que o governo tomasse a iniciativa de retirar todos os entraves que ele mesmo colocou no funcionamento das autarquias e fundações públicas, e também nos órgãos autônomos, e devolvesse a esses órgãos e entidades a agilidade, flexibilidade e autonomia gerencial que lhes são iminentes e foram sendo restringidas ao longo do tempo, ao invés de criar novo ente jurídico, esdrúxulo, que exigiria mais controle do Estado, gastaria mais recursos do Estado e, eventualmente, traria ao Estado ônus incalculáveis, uma vez que o poder público não poderia eximir-se da execução de determinado serviço público que uma organização social deixasse de executar. (CNS, 1997, p. 9)

Em 1998, a Federação Nacional dos Médicos entrou com representação na Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão pela ilegalidade e inconstitucionalidade da Lei nº 9.637/1998. No mesmo ano, o Ministério Público Federal encaminhou parecer à Procuradoria-Geral da República, solicitando ações diretas de inconstitucionalidade contra as leis estaduais e a lei federal. No entendimento desse órgão, as experiências colidiam com a CF e as leis orgânicas da saúde, na medida em que estas admitem a participação das instituições privadas, mas apenas em caráter complementar e por meio de contrato após licitação, assim mesmo nos casos em que a capacidade instalada do SUS não seja suficiente. Ao contrário, a dispensa de licitação e a transferência de parte ou da totalidade da capacidade instalada pública para a iniciativa privada (com ou sem fins lucrativos) eram inconstitucionais e ilegais (Gonçalves, 1998).

No âmbito das instâncias gestoras do SUS, a discussão em torno da Norma Operacional Básica 01/1996 (NOB-96) também foi pautada por tensões e contradições, envolvendo muita negociação e produção de consenso entre secretários estaduais, municipais e governo federal. Foram produzidas 17 versões dessa norma, e na prática ela só foi implementada a partir de março de 1998, com a posse de José Serra (1998-2002) no MS. Entretanto, para Merhy e Bueno (1998), a arquitetura final da NOB 1996, acabou por reproduzir a estratégia de reforma neoliberal do MARE para a área de saúde.

Na análise que fizeram, na época, sobre o movimento de reformas no setor, esses autores chamaram a atenção para o fato de que a discussão sobre a NOB 1996 não podia ser

dissociada da proposta de reforma consubstanciada no projeto de organizações sociais.²³¹ Isso porque um dos resultados das negociações em torno da operacionalização da descentralização do sistema foi a organização de um novo modelo de gestão que mimetiza aquelas propostas pelo MARE. Com a NOB-96, são criadas a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal,²³² como base para montar o SUS-Municipal organizado em torno de dois subsistemas: o *Subsistema de Distritos de Saúde* e o *Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar*. A Gestão Plena da Atenção Básica é responsável pela estruturação da rede básica de postos/centros de saúde/PSF, mas também pelo credenciamento e contratação dos serviços médico-hospitalares para atender aos distritos sanitários na lógica da *competição administrada*, ou na lógica de criação das organizações sociais. A Gestão Plena do Sistema Municipal, por sua vez, seria responsável pela gestão do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar.

Assim, com essa norma operacional, a descentralização do SUS incorporou a lógica da divisão entre um sistema de demanda e um sistema de oferta de serviços, responsabilizando os municípios, de um lado, pela estruturação da atenção básica, e de outro, pela compra de serviços médicos privados. Merhy e Bueno (1998) dizem então que a NOB 1996 oficializou a perspectiva de construção de um cenário de competitividade entre estabelecimentos privados e públicos não-estatais por fundos financeiros e por clientela, com seus riscos tanto para o princípio de construção de fato de um sistema único como para a quebra das lógicas da universalidade e integralidade do sistema.

No entanto, Corbo, Morosini e Pontes (2007) chamam a atenção para o fato de que a denominação 'Atenção Básica', a partir de 1996, incorporou a abordagem da Atenção Primária à Saúde, mas com a perspectiva de romper com a tradicional concepção redutora desse nível de atenção. Isto é, em vez de conceber a APS como um programa focalizado, com baixa incorporação tecnológica, com uma força de trabalho pouco qualificada e com pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde da população, a Atenção Básica pressupõe

²³¹ Por não incidir diretamente sobre o nosso objeto de estudo, deixamos de lado a discussão que Merhy e Bueno (1998) fazem sobre o 'novo modelo de atenção' incorporado pela NOB-1996, pautado pela ação programática e vigilância à saúde, e suas relações com a proposta de Atenção Gerenciada (AG) veiculada pelas seguradoras do ramo saúde. Nessa discussão, eles não só mostram a existência de uma lógica similar entre a vigilância à saúde e AG, como deixam entrever a perspectiva de construção de uma 'sociedade de riscos'.

²³² Até a NOB-93, os municípios eram classificados em formas de gestão incipiente, parcial e semiplena, consideradas formas de transição para os municípios assumirem a gestão plena do sistema. A mudança na NOB-96 está relacionada com a proposta de acelerar o processo de descentralização para os municípios assumirem de maneira rápida a gestão plena.

na sua concepção mais avançada os princípios de ‘primeiro contato’, ‘longitudinalidade’, ‘integralidade’ e ‘coordenação da atenção’.²³³

Da mesma forma, a partir da NOB 1996, o Programa Saúde da Família (PSF) passa a ser designado ‘Estratégia Saúde da Família’ (ESF), tanto para desvinculá-lo da ideia de verticalidade e transitoriedade como para configurá-lo como a principal estratégia de transformação do modelo assistencial baseado no hospital e de substituição das práticas tradicionais de assistência.

Em outras palavras, o processo de discussão deflagrado com a proposta de reforma do setor saúde pelo MARE parece ter sido pautado por embates e resistências tanto do ponto de vista conceitual como no que diz respeito aos efeitos do ajuste macroeconômico, cujos exemplos são a criação da CPMF e a promulgação da EC-29, em 2000 – ou, como indicam Merhy e Bueno (1998), entre os defensores de um sistema predominantemente privatizado e regido pela lógica do mercado e os que apostavam em um sistema hegemonicamente público, mesmo que se utilizando de prestadores privados.

Entretanto, com a superação da crise de hegemonia da burguesia e a rearticulação do seu poder de classe, e considerando a complexa reconfiguração da relação público-privado no interior do SUS, nos anos 1990, a racionalidade do mercado se impôs à ideia de um Estado que não abdicasse de ser o prestador direto de serviços de saúde, tal qual pensavam os reformadores nos anos 1980 (Campos, 2006).

A competição administrada não foi implementada da forma radical como proposta por Bresser Pereira, mas os interesses mercantis na área da saúde avançaram de maneira importante, assim como a cultura gerencial no interior do SUS. Promovidas e apoiadas pelo Estado, as instituições privadas mantiveram e ainda mantêm uma forte presença no setor, detendo, em 2002, 63% dos leitos hospitalares no país (Ugá e Marques, 2005).

Por sua vez, a Atenção Básica não se tornou a porta de entrada do SUS nem conseguiu ganhar em eficiência para resolver os problemas de saúde da população. Ao contrário, a forma como a descentralização foi implementada gerou uma multiplicidade de sistemas municipais

²³³ O ‘primeiro contato’ é equivalente à porta de entrada do sistema, noção que implica a acessibilidade e o uso de serviços de acordo com a necessidade demandada pela população. A ‘longitudinalidade’ é definida como o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo. O princípio da ‘integralidade’ é entendido como um conjunto de serviços prestados pela equipe de saúde, visando atender às necessidades mais comuns da população adscrita, assim como se responsabilizando pela oferta de serviços em outros níveis de atenção à saúde e pelo reconhecimento adequado dos problemas apresentados pela população. Finalmente, a ‘coordenação da atenção’ diz respeito à capacidade de um serviço centralizar e disponibilizar informações a respeito de problemas e serviços anteriores utilizados pelo paciente, com o objetivo de constituir uma sólida base de informações, essencial para o atendimento do problema apresentado.

de saúde com graus diferenciados entre si quanto à participação das instituições privadas, à provisão de serviços ao SUS e às configurações da rede de serviços. A Estratégia Saúde da Família, em que pesem os impactos positivos em alguns municípios, está longe de transformar o modelo assistencial baseado no hospital. Parece funcionar mais como um ‘programa’ em razão do alto grau de normatização operado pelo MS, além de estar marcada pela instabilidade da força de trabalho devido às formas de contratação precárias e por ser executada de maneira paralela à própria rede de Atenção Básica (Ribeiro, Pires e Blank, 2007).

Há uma grande polêmica no interior do setor saúde acerca do caráter focal ou não da Estratégia Saúde da Família. O caráter focal (ou não) parece ter relação direta com a estruturação da proposta, a forma como é incorporada no interior da rede de Atenção Básica e a correlação de forças políticas locais. Nos municípios de pequeno e médio portes, tende a cobrir o conjunto da população e, dependendo das forças políticas, contribuir para a reorganização do sistema e funcionar como porta de entrada. Nos municípios de grande porte ou nas metrópoles, a tendência predominante é focalizar as suas ações na população de baixa renda, residentes em favelas e áreas periféricas, preservando assim os interesses mercantis no setor saúde. Não concordamos com a ideia de que seja um pacote de ações seletivas e pontuais ou um ‘pacote básico’; ao contrário, parece ter se estruturado ao longo do tempo como um modelo de atenção primária à saúde que a aproxima muito mais da ideia do ‘novo universalismo’, o que merece ser investigado.

Até aqui, nos preocupamos com o movimento de contrarreforma do SUS e com a reconfiguração da relação público-privado no seu interior, bem como o movimento de convergência de interesses da *burguesia de serviços de saúde* cuja expressão política é a organização da Confederação Nacional de Saúde (CNSa). Entretanto, concomitantemente a esse processo estava se verificando também o que Pires (1998) denomina de reestruturação produtiva do setor saúde, que é contemporânea à difusão do paradigma de acumulação flexível e conseqüente incorporação de novas tecnologias de informação e de comunicação no Brasil.

Essa autora realiza um estudo empírico na segunda metade dos anos 1990 em dois hospitais, um público localizado na região Sul, vinculado ao SUS, e um privado na região Sudeste, sem fins lucrativos. No hospital público, ela observa a presença de serviços terceirizados no seu interior, tais como os serviços de laboratório e vigilância, e em outras

unidades, como o centro de atendimento a pacientes oncológicos e o hemocentro. Verifica também a dupla porta de entrada configurada pela manutenção, ainda que minoritária, de 12 leitos privados, para atendimento de pacientes particulares ou convênios. Neste caso, relata que enquanto os médicos efetivos (assalariados do SUS, que eventualmente poderiam ser credenciados para atendimento aos particulares) e os médicos contratados (autônomos) recebiam pelos atendimentos ou procedimentos realizados diretamente do cliente ou pelos diversos tipos de convênios privados (planos de saúde, seguro-saúde e Unimed), os profissionais de enfermagem, nutrição e outros entravam como contrapartida do hospital. Ou seja, só recebiam o salário do Estado e atendiam tanto os pacientes internados na modalidade particular como os pacientes do SUS.

Porém, interessa-nos aqui, principalmente, apresentar de maneira sucinta a reestruturação produtiva que ocorre no interior do hospital privado, pois é aí que esse processo ocorre de forma mais avançada, uma vez que não está organizado para atender às necessidades de saúde da população, mas para produzir e vender serviços médicos para o mercado. Diferentemente da instituição privada, na instituição pública as decisões em relação à redução dos gastos, bem como à estratégia escolhida – terceirização com redução da força de trabalho, congelamento de salários, introdução de maquinaria para aumentar a produtividade do trabalho, informatização ou utilização de diversos equipamentos, diminuição da oferta ou fechamento de serviços etc. –, resultam do jogo político que é complexo e multideterminado, que retarda e/ou impede a reestruturação dos serviços.

Na segunda metade dos anos 1990, começa a se delinear de forma mais sistêmica a reestruturação dos hospitais privados, particularmente naqueles cujo projeto é tornar-se de primeira linha. Esse é o caso do hospital privado sob investigação que se propõe a “especializar-se como um hospital de ponta, dispondo de tecnologia sofisticada e prestando uma atenção de saúde personalizada e de muito boa qualidade, para pessoas com capacidade de pagar por esses serviços” (Pires, 1998, p. 113). Assim, pretendemos compreender como se deu o processo de reestruturação produtiva tendo em vista o aumento da rentabilidade, as mudanças no processo de trabalho, nas relações de trabalho e na qualificação dos trabalhadores, particularmente dos trabalhadores técnicos de enfermagem. Esse processo nos ajudará a entender melhor o conjunto de demandas para a formação desses trabalhadores que então se organizaram em torno do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) em 1999.

Segundo Pires (1998), concomitantemente ao processo de reestruturação das empresas industriais, assiste-se a uma tendência dos hospitais privados a inverter o sentido da verticalização em direção à horizontalização com a formação de redes assistenciais, terceirizando partes do trabalho assistencial.²³⁴ Nesse sentido, o hospital privado investigado pela autora estava se transformando

num complexo assistencial em saúde, funcionando como uma rede de serviços próprios e terceirizados, em que convivem diversas formas de gestão, de relação contratual e salarial, aproximando-se do que tem sido chamado de empresas modernas, que não crescem como um grande complexo centralizado administrativamente mas fragmentam o processo de produção em diversos processos especializados que são externalizados. (Pires, 1998, p. 117, grifo da autora)

Para essa autora, as instituições privadas de saúde tendem a se aproximar da estrutura empresarial capitalista porque são pressionadas pela concorrência para se modernizar e para reduzir custos, de modo a ganhar mais pontos na disputa pela pequena fatia do mercado que pode consumir serviços caros. O critério central que orienta as decisões sobre a oferta de serviços, a estrutura da empresa e a política da força de trabalho é o lucro. Desse modo, o hospital opta, em cada momento, pela alternativa que proporcione o melhor retorno financeiro sem que a busca do lucro apareça, publicamente, como seu principal objetivo, porque isso resultaria em perda das vantagens concedidas pelo Estado, além de não ter um bom impacto junto à sociedade.

A instituição privada pesquisada era um hospital ‘sem fins-lucrativos’ e declarada de utilidade pública federal e estadual – uma caracterização, portanto, que lhe permitia usufruir das prerrogativas constitucionais de isenção de impostos e de contribuição da parte patronal

²³⁴ Leite (2003) diz que o controle da inflação e a estabilização da moeda conferida pelo Plano Real marca uma nova fase de reestruturação produtiva das empresas industriais, principalmente aquelas dos setores mais competitivos. Essa nova fase é marcada por um intenso processo de focalização da produção ou terceirização da produção, levando as empresas brasileiras a acompanharem as tendências mundiais de conformação de uma nova estrutura industrial baseada na organização de *cadeias produtivas* – isto é, concentração/especialização da empresa-mãe na produção de itens mais sofisticados (com maior valor agregado, ou em íntima relação com os fins da empresa) e subcontratação de outras empresas para efetuar as demais tarefas da produção ou do campo de serviços, principalmente nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo, a empresa-mãe pressiona para a formalização do sistema de qualidade de seus fornecedores, levando ao processo de certificação pelas normas da série ISO 9000. Entretanto, ela chama a atenção para o fato de que apesar da difusão das estratégias de qualidade pelo conjunto da cadeia produtiva, no que diz respeito à utilização da força de trabalho empregada verifica-se uma grande assimetria nos ambientes produtivos, ou seja, verifica-se, na época, a convivência do trabalho flexível com o trabalho taylorista-fordista de produção. Na ponta virtuosa, que emprega os novos conceitos de produção para o trabalho flexível, diminuem os postos de trabalho, e na ponta precária, há o trabalho mal pago, desqualificado, repetitivo, parcelado, organizado muitas vezes na forma de linha de montagem, e com a expansão da subcontratação, ou da superexploração da força de trabalho. Aqueles que conseguem uma vaga são submetidos ao aumento do ritmo de trabalho, à intensificação do controle, perda de benefícios, diminuição dos níveis salariais, precarização no emprego e elevação da incidência das doenças profissionais.

para a seguridade social; e ainda podia receber recursos do SUS. Entretanto, funcionava fundamentalmente segundo a lógica privada.

A quase totalidade dos atendimentos são privados, pagamento direto pelos serviços. Seja através de seguros-saúde, seja através de pagamento por empresas. Vincula-se ao Ministério da Saúde, no que diz respeito à fiscalização e prestação de contas, fazendo parte do sistema de vigilância epidemiológica e recebendo do SUS por cerca de 98% dos tratamentos de diálise peritoneal e hemodiálise. Segundo membros da direção do hospital, esses tratamentos são pagos pelo SUS porque são muito caros, de longo prazo e porque não são pagos pelos convênios de saúde. O pagamento do SUS não é suficiente para a manutenção dos serviços, sendo este o único setor deficitário do hospital. No entanto, ele é mantido porque, considerando-se o conjunto dos outros serviços que ele gera (como internações, cirurgias, transplantes, etc., que são pagos pelos pacientes, diretamente ou através de convênios), o serviço acaba se autopagando. (Pires, 1998, p. 113)

A área física, o material e os equipamentos são propriedade do hospital, sendo remunerado diretamente pelos clientes e/ou convênios, pelas atividades desenvolvidas por todos os profissionais de saúde, pela utilização do espaço físico, pelos serviços oferecidos e pelos equipamentos e unidades especiais utilizados. O atendimento médico nas unidades básicas – clínica médica e clínico-cirúrgica – era realizado por grupos médicos terceirizados, que prestam serviço e recebem do hospital pelo atendimento feito. O grupo pode ser uma empresa do tipo capitalista ou uma cooperativa, e cada serviço tem um contrato específico. Alguns serviços eram totalmente terceirizados, como o Centro de Diagnóstico por Imagem (radiologia, ultrassonografia e tomografia computadorizada), o Instituto de Radiodiagnóstico (rádio-oncologia), o Serviço de Neurofisiologia Clínica (eletroencefalografia, polissonografia e análise do sono) e o Serviço de *Check-Up*. Esses serviços mantêm com o hospital uma “característica semelhante ao das terceirizações do setor industrial onde a terceirizada tem uma relação privilegiada com a empresa-mãe, mas tem autonomia para atender as demandas do mercado” (Pires, 1998, p. 115).

Enquanto a maioria dos profissionais de saúde e o pessoal técnico-administrativo e de apoio eram assalariados pelo hospital, 97,58% dos médicos eram credenciados e 2,42% eram contratados (CLT). Estes últimos trabalhavam principalmente na Unidade de Terapia Intensiva (14 médicos) – tendo em vista que os pacientes aí internados estão em constante situação de risco de vida e necessitam de avaliação contínua da sua evolução – e como plantonistas do hospital (12 médicos). Na realidade, para o hospital privado os médicos credenciados são vistos como ‘clientes’ que utilizam a sua estrutura e captam pacientes para o hospital. Espera-se que eles sejam tecnicamente capazes para captar clientes com bom poder

aquisitivo; que prestem um atendimento de qualidade para que o hospital mantenha o seu padrão e possa cobrar 'bem' pelos serviços prestados. Todos os outros funcionários, portanto, trabalham para atender dois tipos de clientes: os médicos e os pacientes.

Nesse hospital, a opção para reduzir os custos não se deu por meio de uma estratégia de redução da força de trabalho, em geral, nem de redução da força de trabalho qualificada, em particular. Muito ao contrário, para racionalizar a produção e maximizar os lucros, o hospital passou a investir pesadamente não só na terceirização, mas também em equipamentos de tecnologia avançada e na informatização dos setores, como forma de conseguir maior rendimento do trabalho, e na qualificação dos trabalhadores, com o objetivo de aumentar a resolubilidade das ações assistenciais. Representam fundamentalmente estratégias empresariais de capacitação para disputar no mercado a fatia de clientes especiais, que podem pagar o valor dos custos envolvidos na produção do cuidado. Nesse sentido, buscam se antecipar à concorrência mantendo em quantidade suficiente e em condições de uso os melhores equipamentos e tecnologia disponíveis no mercado, visando apresentar-se como referência em determinados procedimentos, com uma equipe qualificada.

O estudo de Furtado e Souza (2001) parece confirmar essa trajetória dos hospitais-empresas. De acordo com esses autores, as importações de equipamentos médico-hospitalares na década de 1990 saltaram de US\$ 272 milhões (em 1989) para US\$ 1,2 bilhão (em 1998), representando um crescimento de 339% no período, principalmente no segmento de equipamentos eletroeletrônicos. A abertura comercial e o câmbio sobrevalorizado, na segunda metade dos anos 1990, facilitaram o aumento explosivo das importações de tecnologias intensivas em informação e de novos materiais.²³⁵

Desse ponto de vista, para as empresas de equipamentos médico-hospitalares altamente internacionalizadas como a General Electric (GE) e a Siemens, por exemplo, interessavam o avanço e a ampliação de cobertura da medicina privada, bem como a adesão do sistema de saúde dos países dependentes a parâmetros de funcionamento característicos dos padrões norte-americanos, pois isso facilitaria a penetração dos elementos constitutivos

²³⁵ O dinamismo tecnológico do setor de equipamentos médico-hospitalares beneficia-se dos avanços científicos e de inovações que ocorrem em diversos setores, sobretudo mecânica de precisão, eletrônica digital, informática e especialidades químicas. Outra característica dessa indústria é que tal como outras indústrias de alta tecnologia, internacionalizou suas atividades de produção, fabricação e montagem. Os processos produtivos foram decompostos, e a integração final do produto é muitas vezes o produto de atividades realizadas em diferentes países. "Nos Estados Unidos, principal indústria (44% da produção mundial), mercado (45% das vendas) e pólo exportador (US\$ 11 bilhões em 1996, uma variação positiva de 14% sobre o ano anterior), o crescimento da produção alcançou 7% ao ano na década de 90, largamente superior ao da indústria e da economia" (Furtado, 2001, p. 45-46).

do seu sistema de saúde, incluindo os fornecedores de insumos (produtos farmacêuticos e equipamentos médico-hospitalares).

Para Furtado (2001), deve-se considerar também que a penetração dos produtos norte-americanos no mercado latino-americano, de maneira geral, está associada a fatores culturais. Isto é, “[muitos] médicos foram educados, treinados ou especializados nos Estados Unidos, assim como são norte-americanas muitas das principais revistas médico-científicas com que esses profissionais continuam o seu aprendizado” (Furtado, 2001, p. 53-54). No caso do Brasil, os fabricantes norte-americanos são responsáveis por quase metade do total das importações. Em 1996, isso equivalia a US\$ 1,1 bilhão ou 40% do mercado. Além disso, esse autor observa que os fornecedores de equipamentos sofisticados de base microeletrônica e de alto valor unitário não oferecem apenas uma mercadoria, mas um produto-serviço, tal qual indicado por Chesnais (1996):

Esse produto-serviço é formado pelo equipamento propriamente dito, que integra em si funções inteligentes, o elemento físico e um conjunto de programas inteligentes, capazes de constituir uma ferramenta poderosa de diagnóstico. Para além dos aspectos técnicos referentes ao equipamento, os vendedores estão em condições de oferecer uma modalidade de financiamento regular que varia do financiamento à venda até uma cessão de uso e *leasing*. O uso do equipamento pode estar associado a um conjunto de insumos físicos e químicos mais ou menos dispendiosos, que ampliam a relação entre comprador e fornecedor e, na realidade, colocam o usuário numa relação de dependência mais ou menos prolongada em relação ao vendedor. (Furtado, 2001, p. 57)

Outra questão importante levantada por Furtado e Souza (2001) é que a rápida difusão das tecnologias de base microeletrônica e de novos materiais nesse setor acabou borrando a antiga classificação do IBGE baseada fundamentalmente na complexidade tecnológica dos produtos. Isto é, a fronteira tecnológica existente entre os quatro grupos até então considerados passou a não corresponder mais à realidade em razão da incorporação de componentes microeletrônicos em equipamentos que não pertenciam anteriormente ao grupo de eletroeletrônicos, tais como termômetros e estetoscópios, ou então que já nasceram eletrônicos, como marcapassos e aparelhos para surdez, por exemplo. Mesmo o grupo de material de consumo tornou-se cada vez mais intensivo em tecnologia em decorrência da revolução de novos materiais e produtos químicos.²³⁶

²³⁶ Até a década de 1990, o IBGE classificava os produtos do setor de equipamentos médico-hospitalares em quatro grupos: *aparelhos não eletroeletrônicos* – instrumentos cirúrgicos, estetoscópios, aparelho de pressão, termômetros etc.; *aparelhos eletroeletrônicos* – aparelhos de anestesia, eletromédicos e monitoração, aparelhos de raios X e componentes, aparelhos de diagnóstico por imagem, equipamentos de laboratórios, hemodialisadores, oxigenadores, aparelhos odontológicos etc.; *aparelhos de prótese e órtese* – válvulas cardíacas, pernas e membros artificiais, aparelhos de correção de surdez,

Dessa forma, como observa Pires (1998), diferentemente das décadas de 1970 e 1980, nas quais a incorporação de novas tecnologias ocorria fundamentalmente na área de serviços diagnósticos, nos anos 1990 o campo de utilização dos equipamentos de tecnologia de ponta se amplia; eles passaram a ser utilizados de modo mais intensivo também no campo de tratamento das doenças. Ou seja, o aperfeiçoamento e a criação de novas tecnologias que tornam mais acurados os diagnósticos das doenças continuam a ocorrer, mas essas tecnologias também passam a ser aplicadas na área da terapêutica, permitindo a realização de procedimentos menos invasivos, expondo os pacientes a menos riscos, bem como diminuindo a permanência dos pacientes nos hospitais. Além disso, alguns equipamentos nessa área tornaram-se mais precisos e outros tiveram a sua utilização ampliada com a informatização, como respiradores, bombas de infusão de medicamentos e monitores cardíacos – que além de monitorar o eletrocardiograma, são capazes de monitorar a respiração, a pressão arterial e a saturação do oxigênio no sangue.

Corroborando outros estudos da área, Pires (1998) verifica que a introdução de novas tecnologias de base microeletrônica no setor saúde, particularmente no campo da terapêutica, não substitui o trabalho vivo. Ao contrário, houve aumento do número de postos de trabalho, mas os resultados da utilização dessas novas tecnologias médico-hospitalares são contraditórios, e elas não se difundem por todo o hospital, concentrando-se especialmente nas unidades de terapia intensiva e em serviços especializados. As unidades básicas – clínica médica e clínico-cirúrgicas – não são intensivas em tecnologias médicas.

Nas unidades de terapia intensiva, a incorporação dessas tecnologias, ao mesmo tempo que libera tempo de trabalho, intensifica o ritmo de trabalho. A introdução de monitores cardíacos modernos, por exemplo, libera os trabalhadores de enfermagem da verificação constante de sinais vitais. Da mesma forma, as modernas bombas de infusão, após programação, controlam automaticamente a infusão da medicação no paciente e soam o alarme quando ocorre alguma alteração na programação, liberando a enfermagem do controle mais direto. Com isso, outras atividades podem ser acrescentadas, aumentando a produtividade do trabalho. Em outras palavras, com o mesmo número de trabalhadores é

marcapassos cardíacos, parafusos e dentes acrílicos, olhos artificiais etc.; *material de consumo* – agulhas e seringas, algodão e gaze, cateteres, sondas e cateteres, luvas cirúrgicas, reagentes etc. Nos anos 1990, o IBGE agrega os três primeiros grupos em apenas um, denominado 'Fabricação de aparelhos e instrumentos para usos médico-hospitalares, odontológico e de laboratórios e aparelhos ortopédicos'. O grupo de material de consumo passou a fazer parte do setor farmacêutico.

possível atender mais pessoas, consequentemente aumentando a rotatividade dos leitos e a lucratividade do hospital-empresa.

Um trabalhador de enfermagem pode atender mais pacientes do que era capaz sem o auxílio do aparelho, ou pode desenvolver uma série de cuidados que antes não podia executar. O trabalho do pessoal de enfermagem não diminui; ao contrário, ele pode, até, ser intensificado. (Pires, 1998, p. 211)

Nas unidades básicas, apesar de elas serem menos dependentes de tecnologias da área terapêutica, a informatização dos serviços hospitalares diminui o desgaste com determinadas atividades, como a locomoção do pessoal de enfermagem até a farmácia para buscar medicamentos, já que a solicitação passa a ser feita por computador. Ao mesmo tempo, acrescenta trabalho, pois exige, além do domínio de conteúdos relacionados ao trabalho profissional, o domínio de conhecimentos relativos ao uso do computador. Eventualmente, na ausência do responsável, são os trabalhadores técnicos de enfermagem que assumem o manuseio do equipamento.

No entanto, Pires (1998, p. 230) observa que, se não havia fechamento de postos de trabalho, a tendência era ampliar a terceirização da força de trabalho.

No hospital privado, verifica-se uma tendência de intensificação da terceirização com externalização de partes do processo assistencial. Com isso, fecham-se postos de trabalho, especialmente na enfermagem e nas demais atividades de apoio. O trabalho que era desenvolvido por esses trabalhadores na empresa-mãe passa a ser desenvolvido por outra empresa que presta serviços ao hospital e que contrata pessoal segundo critérios próprios. Não se pode dizer que houve uma redução de empregos, mas houve, certamente, uma mudança redistributiva da oferta de emprego e uma mudança nas condições e, provavelmente, nas relações de trabalho. Os trabalhadores perdem direitos conquistados na empresa-hospital original ou ficam desempregados, pois as empresas que assumem a execução do trabalho externalizado decidem sobre a contratação da força de trabalho. A luta sindical fica mais difícil, porque os trabalhadores estão submetidos às diversas condições de trabalho contratadas pelas empresas que compõem a rede, o que torna os trabalhadores mais vulneráveis.

A reestruturação produtiva dos hospitais não envolve apenas a incorporação de tecnologias; envolve também novas formas de organização do trabalho, especificamente de enfermagem, na modalidade de 'cuidados integrais'. Não há uma relação direta entre a incorporação de novas tecnologias e a reorganização do trabalho de enfermagem nesses moldes. Antes da ampliação do uso de tecnologias de ponta na área da terapêutica, o trabalho de enfermagem nas unidades de terapia intensiva, por exemplo, foi pioneiro na introdução dessa modalidade de organização. Mas pode-se dizer que a introdução de novas tecnologias

no trabalho em saúde e, especificamente, no de enfermagem convive com a forma de trabalho fragmentado e parcializado típico dos ‘cuidados funcionais’.

Entretanto, o fenômeno novo que Pires (1998) verifica nesse momento é a extensão da modalidade de ‘cuidados integrais’ para as unidades básicas, justamente aquelas que tradicionalmente sempre se organizaram na forma de ‘cuidados funcionais’, como analisado no capítulo anterior deste trabalho, e que não têm dependência direta de equipamentos de tecnologia de ponta.

Na enfermagem, que é o grupo majoritário no conjunto das profissões de saúde, percebe-se uma possibilidade de mudança na fragmentação do trabalho com a implantação dos ‘cuidados integrais’, em que as tarefas são realizadas no contexto da assistência e não como tarefa que pode ter um fim em si mesma. Possibilita um trabalho mais criativo e para desenvolvê-lo é preciso profissionais qualificados. Essa forma de organização do trabalho há muito tempo vem sendo desenvolvida nas Unidades de Terapia Intensiva e, a partir dos anos 90, foi implantada em todas as unidades assistenciais do hospital privado. (Pires, 1998, p.174-175)

Na modalidade de ‘cuidados funcionais’, o trabalho executado pelos trabalhadores técnicos de enfermagem é organizado na forma de tarefas que têm um fim em si mesmas, não permitindo uma visão global do paciente que recebe os cuidados. Mesmo o rodízio de tarefas entre os trabalhadores, quando é executado, não lhes permite avançar na compreensão da “totalidade que se relaciona” (Pires, 1998, p. 188), isto é, na possibilidade de não só prestar ‘cuidados integrais’, mas também compreender a totalidade do trabalho visando à desalienação do trabalhador, o que inclui a democratização das relações de trabalho (Almeida, 1986).

A modalidade de ‘cuidados integrais’, apesar dos seus limites, aponta nessa direção. Mesmo na sua forma restrita, como modalidade de organização do trabalho, abre a possibilidade de uma visão do conjunto das necessidades assistenciais e da totalidade do homem para todos os trabalhadores de enfermagem que assistem o paciente. Essa modalidade foi sendo reconhecida como uma forma mais avançada de organização do cuidado de enfermagem justamente pela possibilidade de romper com o parcelamento de tarefas, permitindo que o trabalhador de enfermagem tenha melhor entendimento do significado do seu trabalho e melhor entendimento do paciente que está sob seus cuidados e de suas necessidades. Mais que isso, foi sendo considerada uma forma contrária à lógica capitalista da ampliação máxima da taxa de lucro das empresas médicas, na medida em que pressupõe a ampliação da equipe de enfermagem ou a relação enfermagem-paciente.

Nesses termos, como as principais estratégias de racionalização do trabalho no hospital-empresa investigado foram investimento pesado em terceirização, incorporação tecnológica e informatização, a taxa de lucro não só se manteve como se ampliou, mesmo sem a redução da força de trabalho qualificada. Analisando a relação trabalhadores de enfermagem/leitos nas unidades básicas – clínica médica e clínico-cirúrgica –, considerando a disponibilidade de pessoas para a prestação da assistência e a qualificação dos trabalhadores, Pires (1998) identificou que para 15 leitos existia um (1) trabalhador de enfermagem para cada três leitos, nas 24 horas, sendo 29,41% enfermeiros, 17,65% técnicos de enfermagem e 52,94% auxiliares de enfermagem, um pouco acima dos parâmetros definidos pelo Cofen.²³⁷ O hospital mantinha enfermeiro 24 horas de plantão, e não existiam atendentes de enfermagem atuando na unidade assistencial.

O motivo declarado para a reestruturação da organização do trabalho de enfermagem foi o empenho da equipe em enfrentar o problema da fragmentação da assistência. Mas, para a autora citada, essa reestruturação só se viabilizou porque para o hospital-empresa a iniciativa não implicou aumento dos custos ou risco para a sua margem de lucro; ao contrário, o hospital-empresa passou a ganhar credibilidade no mercado e junto à clientela ao vender a ideia de melhoria na qualidade da assistência prestada. Além disso,

[a] opção [...] pela organização do trabalho de uma forma mais integradora, possibilitando uma melhor compreensão do processo assistencial, por parte de quem o executa, mostra que, para o capital e para a administração das instituições, o que importa é a garantia do controle sobre os trabalhadores [através da chefia de enfermagem] e o retorno financeiro para a instituição, independentemente da forma que o trabalho é organizado e da estratégia utilizada para obter maior rendimento do trabalho. (Pires, 1998, p. 239)

Na avaliação dessa autora, o uso de equipamentos de tecnologia de ponta pelos trabalhadores técnicos de enfermagem exige um trabalho mais qualificado, no sentido de que é preciso ter mais conhecimento para poder entender o funcionamento da máquina, da fisiologia humana e dos estados mórbidos, para poder realizar um trabalho mais criativo e eficiente e não apenas mecânico. Segundo depoimentos de técnicos de enfermagem, “o monitor é um computadorzinho [que] precisamos aprender como mexer nele”, mas também é preciso reconhecer quando o alarme soa, se o problema é do paciente ou do ‘computador’, se realmente a medição do aparelho está certa ou não, e saber ler os manuais, na sua maioria em

²³⁷ Segundo a Resolução nº 189 (de 25/3/1996) do Cofen, em unidades de internação, para cada vinte leitos, durante 24 horas, são necessários 24,7 trabalhadores de enfermagem, sendo que 27% do grupo devem ser enfermeiros e 73% técnicos e auxiliares de enfermagem (*apud* Pires, 1998).

inglês, pois “o desconhecimento dessas línguas dificulta o entendimento dos dados fornecidos” (Pires, 1998, p. 221).

Nesse contexto pautado pelo neoliberalismo da Terceira Via, pela construção do Estado Gerencial, pela financeirização da economia, pela exacerbação da competitividade entre os hospitais privados e pelas mudanças qualitativas que vinham se operando no trabalho em saúde e de enfermagem, em particular, em 1999 começou a ser elaborado o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), para ser desenvolvido originalmente no período 2000-2003. José Serra, em seu discurso de posse como ministro da Saúde, em março de 1998, sob a inspiração das reformas do Estado e do SUS, enumera diversos “princípios e ideias” norteadoras da sua gestão²³⁸, entre as quais a formação de pessoal auxiliar: “há cerca de 250 mil atendentes necessitando treinamento para transformar-se em auxiliares de enfermagem” (Brasil, 1998, p. 35).

Desde os anos 1980, as pesquisas AMS/IBGE vinham demonstrando uma progressiva ‘extinção’ dos atendentes de enfermagem no mercado de trabalho setorial. Considerando uma série histórica, os dados confirmavam essa tendência na medida em que, em 1976, os atendentes de enfermagem detinham 35,8% do total dos empregos em saúde; em 1984, 29,9%; em 1992, 13,8%; e, em 1999, 5,3%. Entretanto, alguns estudos começam a indicar que essa ‘extinção’ estava sendo maquiada por determinados subterfúgios utilizados pelas instituições públicas e privadas de saúde – por exemplo, ao contratar atendente de enfermagem com outras nomenclaturas: agente operacional de serviços diversos, agente de atividade de saúde, agente de serviços médicos, agente hospitalar ou maqueiro, entre outras. Ou mesmo fizeram a sua transposição funcional para os cargos técnicos, principalmente o de auxiliar de enfermagem, sem certificado de qualificação profissional. Na base desse processo continuavam operando os mesmos elementos analisados no item 3.4 deste trabalho: a produção em larga escala de procedimentos médicos e o modo de organização do trabalho de

²³⁸ Entre eles destacamos: que o Estado deveria garantir a concretização dos direitos sociais ou, no mínimo, regular a prestação dos serviços que garantam esses direitos; que as elites brasileiras têm uma relação com as instituições sociais e que quando elas funcionam mal querem fechá-las ou piorá-las, em vez de reformá-las para torná-las mais fortes; que as corporações, por sua vez, acabam cooperando com essa mentalidade destrutiva ao dificultarem as reformas; que a esfera federal é despreparada para passar do trabalho de execução ao trabalho de coordenação, na mesma medida em que as outras esferas da Federação não têm preparo administrativo para assumir a execução de muitas ações de saúde; que é preciso empreender um amplo projeto de capacitação operacional dos governos subnacionais e do próprio Governo Federal na área da saúde; que o atendimento básico e o SUS precisam avançar e flexibilizar seus métodos de funcionamento; que é preciso passar do financiamento à saúde baseado na oferta de serviços ao atendimento baseado na demanda de serviços, além de aprimorar a rede de santas casas e hospitais universitários, com a implantação de programas de qualidade e o estímulo à montagem de planos de saúde. (Brasil, 1998).

enfermagem na modalidade de *cuidados funcionais* (Pires, 1998; Vieira, 1998; Vieira & Oliveira, 2001).

A lei [nº 7.498/86] estabeleceu o ano de 1996 como prazo para que só exercessem a enfermagem: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. No entanto isso está muito longe de acontecer. Apesar de algumas instituições terem deixado de contratar novos 'atendentes de enfermagem', aumentando o número de pessoal qualificado, muitas só trocaram o nome deste trabalhador, investiram pouco na profissionalização dos que já estavam atuando na profissão e continuaram admitindo pessoal para o exercício de algumas atividades consideradas 'mais simples'. (Pires, 1998, p. 160)

Tendo em vista esse quadro, em 1999 o Profae realizou um levantamento das informações da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), e estimou a existência de 225 mil trabalhadores sem qualificação profissional nos serviços públicos e privados de saúde, com denominações correlatas à de atendentes de enfermagem. Para chegar a essa conclusão, partiu do pressuposto de que para se aproximar de forma adequada da questão das dimensões da força de trabalho em enfermagem e da dinâmica do emprego nos serviços de saúde, tinha-se que se considerar a conexão entre a evolução do emprego do pessoal de enfermagem e a de outros trabalhadores, particularmente os denominados trabalhadores braçais. Isso porque se verificaria no período 1991-1997 uma desaceleração da demanda por auxiliar de enfermagem, ao mesmo tempo que uma *explosão* da demanda por pessoal administrativo e de serviço, e entre este último, os trabalhadores braçais, que na sua maioria (55%) tinham o ensino médio completo.

Considerando que não houve, naquele período, uma crise de emprego na área de enfermagem e que possíveis mudanças organizacionais nos serviços de saúde não explicavam essa *explosão*, os dados sugerem ao MS que o desaceleramento do emprego para auxiliares de enfermagem tinha algo de artificial, especialmente levando-se em conta o sub-registro de atendentes a partir da proibição de sua contratação determinada pela Lei do Exercício Profissional, em 1986. Em outras palavras, o que ocorreu e ainda estaria ocorrendo naquele momento não seria uma desaceleração da demanda por pessoal de enfermagem, mas uma *burla da lei*, pois “parte considerável dos empregos classificados sob essa denominação [trabalhadores braçais] são, de fato, empregos de pessoal que do ponto de vista funcional são contratados para o exercício de atividades de enfermagem” (MS/Profae, 2001, p. 55). Dessa

maneira, uma parcela desses(as) trabalhadores(as) é iniciada na área, desenvolvendo atividades elementares, definidas pela resolução nº 186/95 do Cofen como aquelas que

compreendem ações de fácil execução e entendimento, baseadas em saberes simples, sem requererem conhecimento científico, adquiridas por meio de treinamento e/ou prática; requerem destreza manual, se restringem a situações de rotina e de repetição, não envolvem cuidados diretos ao paciente, não colocam em risco a comunidade, o ambiente e/ou a saúde do executante, mas contribuem para que a assistência de enfermagem seja mais eficiente. (Cofen, 2002, p. 128)

Diante desses sinais do mercado de trabalho setorial, o MS iniciaria, no ano 2000, a organização do Profae. Elaborado inicialmente para ser um projeto de requalificação dos atendentes em auxiliares de enfermagem, o Profae assumiria também a tarefa de requalificar os auxiliares em técnicos de enfermagem. Dessa forma, responderia às pressões e demandas oriundas de diversos setores da sociedade civil, como a corporação de enfermagem (Cofen, ABEn e sindicatos de enfermagem), que vinha lutando para garantir de fato a eliminação dos atendentes como profissional da área, e das instituições públicas e privadas de saúde, que estavam precisando também de força de trabalho qualificada, notadamente do técnico de enfermagem – isto é, profissionais com ensino médio completo, tendo em vista as mudanças que estavam se operando no trabalho de enfermagem, como visto. Além da requalificação dos atendentes para auxiliares de enfermagem, o Profae financiaria a escolarização dos trabalhadores, uma vez que, dos 225 mil trabalhadores sem qualificação formal, estimou-se que mais de 40% (105 mil) não tinham o ensino fundamental completo.

Financiado com recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) (US\$ 185 milhões), do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho por meio do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) (US\$ 185 milhões), no valor total de US\$ 370 milhões, foi um projeto ambicioso de formação profissional em saúde em âmbito nacional que ganhou repercussão internacional por sua concepção, seu formato de organização e pelos resultados alcançados.

É um desdobramento direto da experiência do ‘Larga Escala’, utilizando-se das mesmas estratégias de integração ensino-serviço, descentralização dos cursos para os municípios brasileiros e articulação com o ensino supletivo, dentro do quadro referencial da modalidade de Educação de Jovens e Adultos (EJA), segundo Parecer CNE/CEB nº 11, de 10/5/2000. Porém, organiza-se em torno de três tipos de cursos: Complementação do Ensino Fundamental (CEF), Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem (QP) e

Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem para Técnico em Enfermagem (CQP).

Com o Profae, o setor saúde assume a tarefa de ordenar a formação de auxiliares de enfermagem, como prevê o art. 200 da CF, acionando diversos dispositivos de regulação e normatização da formação profissional junto à Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação (CNE/CEB), no interior do Ministério da Saúde e na conformação de uma Rede de Escolas Técnicas de Saúde, denominada RET-SUS.²³⁹

A sua concepção foi baseada fundamentalmente na perspectiva de construir a capacidade de *governança* do Ministério da Saúde e correlativamente das instâncias subnacionais – secretarias estaduais e municipais de saúde – para exercerem as funções de regulação e coordenação das políticas de formação dos trabalhadores técnicos de saúde, de maneira geral, e dos auxiliares de enfermagem em particular. Sua arquitetura de operacionalização envolveu uma complexa rede de instituições públicas e privadas organizadas como agências regionais, operadoras e executoras da formação profissional em todo o território nacional,²⁴⁰ na sua maioria privadas, por meio de processos licitatórios, critérios de elegibilidade das instituições e avaliação das propostas pedagógicas segundo pré-requisitos estabelecidos, entre outros aspectos.

Nesse sentido, é um exemplo bem-sucedido da organização da *competição administrada* no interior do MS. Assim como a proposta de reforma bresseriana para o SUS, o Profae foi organizado de forma a passar de um sistema de financiamento baseado na oferta de serviços educacionais a outro baseado na demanda de serviços – isto é, a formação profissional dos auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem não seria executada pelas escolas técnicas do SUS (ETSUS), mas segundo o sistema de concorrência entre estas e as escolas privadas.

²³⁹ A RET-SUS é uma rede governamental que congrega atualmente 36 Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (Etsus), localizadas nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, em sua maioria vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde. Essas escolas oferecem cursos técnicos em diversas subáreas de formação em saúde, tais como, Enfermagem, Biodiagnóstico, Farmácia, Hemoterapia, Nutrição e Dietética, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Reabilitação, Saúde Bucal, Segurança do Trabalho, Vigilância em Saúde, Gerência em Saúde e Registros e Informações em Saúde.

²⁴⁰ As agências regionais eram responsáveis pela supervisão e pelo monitoramento dos cursos do Profae. Também prestavam apoio técnico às escolas e às operadoras. As operadoras eram responsáveis pela administração contábil e financeira dos recursos. Poderiam também ser executoras, desde que fossem uma instituição de ensino credenciada pelo sistema educacional, ou se associassem a outros serviços educacionais para prestar serviços. As executoras eram responsáveis pelos cursos de qualificação profissional ou de escolarização (complementação do ensino fundamental). Entretanto, o subcomponente de escolarização, na maioria dos estados, foi viabilizado por meio de convênios com as secretarias estaduais de educação (Brasil-MS, 2008).

Esta é a primeira grande diferença entre o Profae e o 'Larga Escala'. Neste último, a principal estratégia para a formação dos trabalhadores técnicos de saúde era buscar o financiamento público, ou seja, o compromisso ou a responsabilidade financeira das secretarias estaduais/municipais de saúde com a oferta de formação profissional por meio das ETSUS (diretamente pelo Estado). No final dos anos 1980, o 'Larga Escala' estava inclusive articulando com o MEC a abertura de uma rede de escolas técnicas de saúde no âmbito federal, estadual e municipal, que malogrou com a gestão Collor. Com o Profae, ao contrário, a lógica da *competição administrada* dos serviços educacionais colocaria as ETSUS como integrantes de um sistema de oferta, competindo indistintamente com as escolas privadas, com base nas demandas do MS.

A construção da capacidade de *governança* das instâncias subnacionais – leia-se: o componente de 'fortalecimento das instâncias reguladoras e formadoras de recursos humanos para o SUS' – talvez tenha sido o principal motivo para que o BID tivesse apoiado o subprojeto intitulado 'Modernização e Fortalecimento das ETSUS', isto é, o financiamento de instituições públicas, porém na perspectiva do empresariamento da formação profissional em saúde. No âmbito da discussão que então se travava sobre a reforma do Estado impulsionada pelo MARE, a perspectiva era a 'publicização' das ETSUS com sua transformação em entidades públicas não-estatais.

É desejável que, com o apoio do PROFAE, a maioria das Escolas Técnicas/Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS possam alcançar um grau de autonomia compatível com o que vem sendo proposto pela política da Reforma do Aparelho de Estado. (Brasil-MS, p.7, s.d.)

Esse processo não se realizou, possivelmente pelas resistências das próprias escolas e dos gestores estaduais no contexto de divergências entre o Conselho Nacional de Saúde e o MARE em torno da proposta de organizações sociais. Porém, as informações indicam que, em 2003,

um percentual significativo de ETSUS conseguia captar recursos externos, mediante uma estratégia de triangulação com entidades filantrópicas, não-governamentais e até mesmo privadas. Essa necessidade de triangulações era decorrente do modelo de gestão que não possibilitava às ETSUS uma administração eficiente e efetiva de seus recursos financeiros. (Brasil-MS, 2008, p. 129)

O Profae, portanto, seguiu a tendência da política governamental de flexibilização do SUS. A modernização para o MARE era sinônimo de terceirização, privatização e competitividade, e não de elaboração de uma agenda pública que, preservando o caráter estatal, público e estratégico das ETSUS, avançasse na estratégia definida pelo ‘Larga Escala’ de torná-las um investimento do Estado, transformando-as em unidades orçamentárias e financeiras.

Antes de tudo, nos parece que é a partir da lógica bresseriana e do BID de ‘reconstrução do Estado’ que podemos entender as diversas ações que compõem o componente de fortalecimento das instâncias reguladoras e formadoras de recursos humanos para o SUS: a formação de docentes para a educação profissional em saúde, a criação do sistema de certificação de competências do auxiliar de enfermagem, a abertura de estações de trabalho para o acompanhamento de sinais de mercado de trabalho em enfermagem e a própria modernização das ETSUS. Esse conjunto de propostas respondia às necessidades da maioria das escolas que compõem a RET-SUS, as quais reivindicavam, desde os anos 1980, maior autonomia para o desenvolvimento dos trabalhos, melhor infra-estrutura, corpo docente qualificado e investimentos em bibliotecas, equipamento escolar e de informática.

A formação profissional em saúde, na maioria dos estados, não era uma área prioritária de investimentos e estava fundamentalmente reduzida aos treinamentos imediatistas, aligeirados e pontuais em serviço. As ETSUS se constituíram ao longo do tempo mais como uma extensão dos departamentos de recursos humanos das secretarias estaduais/municipais de saúde, com a função de treinar os trabalhadores técnicos de saúde – e, nesse sentido, sem identidade escolar, corpo técnico-administrativo e infraestrutura.

Como vimos no capítulo anterior, o ‘Larga Escala’ buscava romper com essa prática constituindo-se como alternativa pedagógica e metodológica de formação profissional, ao mesmo tempo que articulava politicamente nos estados, ou mesmo no interior do MEC, as condições para efetivar a criação e a operacionalização de escolas técnicas de saúde. Com a hegemonia neoliberal dos anos 1990, a financeirização do orçamento público, a desarticulação do movimento social, particularmente do movimento sanitário, e o esmaecimento do projeto da RSB, as condições materiais e financeiras praticamente desapareceram, algumas escolas foram fechadas e outras continuaram o seu trabalho, mas com grandes dificuldades operacionais.

As propostas do Profae foram construídas com base nesse cenário e atendiam efetivamente às demandas das ETSUS, que depois de anos de trabalho precário viram nessa iniciativa a possibilidade de superar suas dificuldades e deficiências. O problema central aqui não eram as propostas, mas o projeto ou a concepção de Estado, sociedade e educação que as sustentavam.

Em primeiro lugar, como assinalado, para o Estado Gerencial os serviços de saúde e educação não são serviços exclusivos do Estado, são ‘serviços sociais competitivos’. Assim, o Estado pode abandonar o seu papel de executor ou prestador direto desses serviços, mantendo o seu papel de regulador e provedor, mas em ‘parceria’ com organizações da sociedade civil, com o ‘terceiro setor’. Nesse sentido, a perspectiva era de que as ETSUS se transformassem em instituições públicas não-estatais, para atender às necessidades de formação e qualificação de trabalhadores técnicos das instituições públicas e privadas de saúde, ao mesmo tempo livres das ‘amarras burocráticas’ que as impediam de vender serviços educacionais e captar recursos financeiros.

A ideia central dessa lógica é a incorporação de uma atitude empresarial como base para a construção da institucionalidade das ETSUS e para a competição no mercado educativo em saúde. O risco aí embutido é que, para se manter um balanço econômico positivo, uma das alternativas pode ser a abertura e a ampliação de cursos pagos, o que pode até melhorar as condições de ensino e/ou aquisição de equipamentos, mas não garante a melhoria da qualidade do ensino e diminui a possibilidade de acesso de uma grande parcela da população, que não pode pagar. Em segundo lugar, o Profae estava sendo construído numa conjuntura pautada não só pela reforma do Estado e do SUS, mas também pela reforma educacional. Nesse sentido, não só incorporou a concepção de educação que, a partir da segunda metade dos anos 1990, passaria a determinar os conteúdos do ensino médio e da educação profissional no Brasil, baseada na noção de competência,²⁴¹ como contribuiu para a difusão

²⁴¹ No Brasil, após a aprovação da nova LDB, em 1996, o MEC iniciaria a reforma estrutural e conceitual do ensino médio e da formação profissional, com a então denominada educação profissional. A *reforma estrutural* foi operada com a aprovação do Decreto nº 2.208/1997, separando o ensino médio da educação profissional. A partir de então, esta última passa a ser tratada como um subsistema de ensino independente e complementar à educação básica e organizado em três níveis: básico, técnico e tecnológico. O nível ‘básico’ refere-se aos cursos de curta duração destinados a qualificar, requalificar e reprofissionalizar os trabalhadores em geral, jovens e adultos, independentemente de sua escolarização anterior. O nível ‘técnico’ trata dos cursos que podem ser de qualificação profissional (exige na matrícula a conclusão do ensino fundamental, conferindo ao final do curso certificado de qualificação profissional) ou de habilitação profissional (exige que o aluno esteja cursando ou tenha concluído o ensino médio, conferindo o diploma de técnico). O nível ‘tecnológico’ compreende os cursos técnicos de nível superior que se destinam aos egressos do ensino médio e técnico, conferindo o título de tecnólogo. A *reforma conceitual*, baseada no modelo de competências, é viabilizada a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médio (Parecer CEB nº 15/1998 e Resolução nº 03/1998) e das Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação

dessa concepção com a criação e a operacionalização do sistema de certificação de competências do auxiliar de enfermagem.

A noção de competência se difunde no Brasil, nos anos 1990, associada à apologia da ‘sociedade do conhecimento’ ou sociedade ‘pós-industrial’, extensamente veiculada pelos organismos internacionais.²⁴² Elas constituem-se em expressões da nova materialidade de relações econômicas e socioculturais que se deflagra com o processo de mundialização do capital, a ampla difusão das tecnologias de informação e comunicação e a generalização da utilização diretamente produtiva da ciência e tecnologia que permeiam, cada vez mais, todas as atividades cotidianas.

Segundo Frigotto (2009), a noção de ‘sociedade do conhecimento’ é uma metamorfose da teoria do ‘capital humano’, ressignificando-a para um contexto marcado pela desigualdade, pelo acirramento da competição intercapitalista, pelo desemprego estrutural, desregulamentação do mercado de trabalho e flexibilidade dos postos de trabalho e dos trabalhadores. Mas assim como aquela teoria mascara as relações de poder e dominação entre os países e no interior destes, vai incidir diretamente na definição das políticas educacionais por meio das noções de competência, formação flexível e polivalente, empregabilidade, entre outras, que acabam por atribuir aos indivíduos a responsabilidade por seu desemprego ou subemprego. Para esse autor,

[as] políticas de educação escolar e de formação técnico-profissional que se consolidaram na hegemonia neoliberal buscaram, não sem contradições, a produção das qualificações necessárias ao funcionamento da economia nos setores restritos que exigem trabalho complexo, o alargamento da formação para o trabalho simples e a formação de quadros para a elaboração e a disseminação da pedagogia da hegemonia. Trata-se de produzir o pacote de competências adequadas à formação do ‘cidadão produtivo’ ajustado técnica e socialmente às demandas do capital. Um cidadão que acredite que a ele não compete ser sujeito político. (Frigotto, 2006, p. 266)

A noção de competências nasce, portanto, no contexto de crise e redefinição do modo de acumulação capitalista e passa a determinar o processo educativo escolar numa perspectiva pragmática, adaptativa e individualizante, posto que se fundamenta na psicologia condutivista

Profissional (Parecer CEB nº 16/1999 e Resolução nº 04/1999). Para uma discussão sobre essas diretrizes curriculares, consultar Ramos (2001), cap. 3.

²⁴² Analisando o relatório do Banco Mundial, Neves e Pronko (2008, p. 151) ressaltam, entre outras questões, que para esse organismo internacional “conhecimento é desenvolvimento”. Isto porque, “nas últimas décadas se teria verificado uma alteração substantiva nas bases materiais e organizacionais da produção em nível global, passando-se de economias baseadas no trabalho para economias baseadas no conhecimento. [...] Portanto, ele constitui o grande diferencial entre riqueza e pobreza, seja dos indivíduos, seja das nações. Nas palavras do Banco, ‘os países – e as pessoas – pobres são diferentes dos ricos não só porque têm menos capital, mas porque têm menos conhecimento’”. Para mais informações, consultar Neves e Pronko (2008), cap. 3.

e na sociologia funcionalista. Ambas as abordagens, segundo Ramos (2007), contribuíram para consolidar uma visão do ser humano como uma entidade programável e adaptável às circunstâncias.

Diferentemente do conceito de qualificação²⁴³ que se consolidou como um conceito-chave para a classificação dos empregos devido à sua multidimensionalidade social e coletiva, as competências “aparecem destacando os atributos individuais do trabalhador” e “são apresentadas como propriedades instáveis dentro e fora do exercício do trabalho” (Ramos, 2009, p. 300). Nesse sentido, o desemprego e as diversas formas de trabalho precário passam a ser explicadas pela falta de competência(s) do trabalhador, e a sua empregabilidade (ou não) é uma responsabilidade individual. Para o trabalhador conseguir um emprego – ‘ser empregável’ e competitivo – ou para se manter no mesmo, deve permanentemente dar “provas de sua adequação ao posto de trabalho e de seu direito a uma promoção”. Já no interior da escola, as competências deslocam o “ensino centrado em saberes disciplinares para um ensino definido pela produção de competências verificáveis em situações e tarefas específicas [...]” (Ramos, 2009, p. 301), associadas às noções de saber, saber-fazer e saber-ser.²⁴⁴

Analisando as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional elaborada pelo MEC, Ramos (2001, p. 144) observa que o “princípio ordenador da educação profissional de nível técnico é o desenvolvimento de competências profissionais para a laborabilidade”, definidas nas diretrizes como a “capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho”. A autora ressalta ainda a visão apologética das tecnologias e dos efeitos destas e da reorganização industrial sobre o trabalho e a educação, que perpassa tanto as diretrizes do ensino médio como as da educação profissional. Essa visão determinista justifica a necessidade de revisão dos currículos, procurando criar maior capacidade de raciocínio, autonomia intelectual, pensamento crítico, iniciativa própria, espírito empreendedor, capacidade de visualização e resolução de problemas.

²⁴³ Para uma discussão sobre o conceito de qualificação como relação social e o deslocamento conceitual operado pela noção de competências, ver Ramos (2001), p. 37-69.

²⁴⁴ Para uma análise das noções de saber, saber-fazer e saber-ser, sua relação com as quatro necessidades de aprendizagem divulgadas pela Unesco (aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser) e de como se expressaram nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médio, após a reforma educacional, ver Ramos (2001), cap. 3.

A pedagogia das competências, portanto, visa tornar a escola produtora de competências para o mercado. Não tem compromisso com a formação de sujeitos políticos, mas do indivíduo que vai ao mercado disputar as suas competências com outros indivíduos. O conhecimento que interessa é o conhecimento útil, e não aquele que é resultado de um esforço social, historicamente construído e determinado, visando compreender a realidade para transformá-la.

As fontes consultadas (Brasil-MS, 2000; Torrez, 2001; Marques, 2001) não permitem dizer que a equipe do Profae tenha incorporado a noção de competências de maneira acrítica e mecânica, tal qual formulada nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional do MEC. A criação do ‘Sistema de Certificação de Competências do Profae’ (SCC/Profae)²⁴⁵ desencadeou no interior do projeto a busca de uma alternativa contrária à perspectiva funcionalista e condutivista de definição das competências profissionais e um processo de recontextualização das bases legais da educação profissional dos trabalhadores técnicos de saúde, de forma geral, e dos de enfermagem, em particular, conforme indicado a seguir:

[...] uma proposta de educação profissional baseada em competências deverá tomar como base a **competência humana para o cuidar em saúde-enfermagem**, assim compreendida: capacidade de assumir a responsabilidade do cuidado partindo da concepção de saúde como qualidade de vida, interagindo com o cliente, suas necessidades e escolhas, valorizando sua autonomia para assumir sua própria saúde, e agir mobilizando acontecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações (imprevistas ou não), na promoção/produção eficiente e eficaz do cuidado. (Brasil-MS, 2000, p. 13, grifo dos autores)

Inspirada no paradigma da Promoção da Saúde, no qual a multissetorialidade e a interdisciplinaridade são fundamentais para o desenvolvimento das práticas profissionais nos diferentes espaços da saúde, essa definição da competência humana para o cuidado integra diversas dimensões: competências técnicas, competências organizacionais ou metódicas, competências comunicativas e competências sociopolíticas.²⁴⁶ A equipe propõe assim a

²⁴⁵ O SCC/Profae foi criado com os seguintes objetivos: avaliar e certificar as competências profissionais construídas pelos egressos dos cursos de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem/Profae, tendo em vista a qualidade das ações nos vários contextos em que é desenvolvido o cuidado de enfermagem; subsidiar a sustentabilidade dos processos de formação profissional em saúde; e fomentar o processo de implementação de currículos baseados em competência para todas as categorias técnicas profissionais do setor saúde, especialmente enfermagem (Brasil-MS, 2000).

²⁴⁶ *Competências técnicas* – dominar os conteúdos das ações, das regras e dos procedimentos da área específica de trabalho, as habilidades para compreender os processos e lidar com equipamentos, entender os sistemas e as redes de relações, obter e usar as informações; *Competências organizacionais ou metódicas* – autoplanejar-se, auto-organizar-se, estabelecer métodos próprios, gerenciar o tempo e espaço de trabalho, desenvolvendo a flexibilidade no processo de trabalho, exercitando a criatividade, utilizando os seus conhecimentos nas diversas situações encontradas no mundo do trabalho e a capacidade de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente de trabalho e vice-versa; *Competências comunicativas* – capacidade de expressão e comunicação com o grupo, superiores hierárquicos ou subordinados, de cooperação, de trabalho em equipe, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal; *Competências*

ampliação das competências dos trabalhadores técnicos de saúde, indicando que ou essas dimensões não são reconhecidas ou são pouco valorizadas na organização do trabalho. Para a equipe, porém, um modelo de competências na área da saúde não pode se restringir à dimensão técnico-instrumental ou a uma simples estratégia de adaptação às necessidades do processo produtivo. Assim, segundo a orientação do projeto, a adoção desse modelo deve ter como pressuposto

que as competências profissionais são construídas pelos próprios trabalhadores como sujeitos deste processo e que tanto os espaços formativos quanto as organizações de trabalho deverão se constituir em 'instâncias qualificadoras', propiciando aos alunos/trabalhadores condições de participação, de diálogo, de negociação e de intervenção. Isto implica em mudanças nas estratégias pedagógicas, com redefinição do papel dos docentes e discentes nas Escolas e mudanças na organização dos processos de trabalho nas instituições empregadoras. (Brasil-MS, 2000, p. 14)

Considerando a orientação eminentemente hospitalar e técnico-instrumental do trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem tal qual vimos ao longo deste trabalho, tomar como ponto de partida para a construção das competências o paradigma da Promoção da Saúde, assim como incorporar as competências organizacionais e políticas ao perfil de formação desses trabalhadores, representa um avanço em termos de direção da prática profissional. Analisando o 'Perfil de Ações do Auxiliar de Enfermagem no Brasil' (Brasil-MS, 2001), que serviu de base para a construção da 'Norma para Certificação de Competências Profissionais do Auxiliar de Enfermagem do Profae', de fato se verifica que o perfil profissional foi ampliado com a incorporação de novas ações ou reconhecimento de ações que, apesar de executadas cotidianamente, não eram reconhecidas anteriormente. As novas ações referem-se principalmente às áreas de promoção da saúde e prevenção de agravos, e de planejamento e gestão do trabalho.

Todo o processo de construção do perfil profissional dos auxiliares de enfermagem envolveu uma série de ações, tais como análise de documentos, observação direta das atividades em hospitais públicos, postos de saúde, ambulatórios e domicílios, realização de grupos focais com enfermeiros-docentes, consulta pública – com a formação do Conselho Técnico Profissional e do Conselho Consultivo Nacional, ambos vinculados ao SCC/Profae, se distanciando, portanto, das tradicionais técnicas de análise ocupacional.

sociopolíticas – refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, ter consciência da qualidade e das implicações éticas do trabalho, ter autonomia de ação, compromisso social e desenvolver o exercício da cidadania, estando aberto às mudanças, desenvolvendo a autoestima e a autovalorização. (Brasil-MS, 2000)

Concomitantemente a esse processo, o Profae iniciou a discussão sobre a elaboração e a operacionalização do currículo por competências com as ETSUS, e após a homologação da norma certificadora pelo Conselho Consultivo Nacional²⁴⁷ realizou teste piloto com alunos egressos dos cursos no estado do Espírito Santo (Brasil-MS, 2008).

Todas essas medidas só puderam ser encaminhadas a partir do momento em que o Conselho Nacional de Educação, por meio da Câmara de Educação Básica, definiu que o curso de auxiliar de enfermagem não era um curso de nível básico, de acordo com o extinto Decreto nº 2.208/1997, isto é, um curso de curta duração e independente da escolaridade do aluno. Ao contrário, tratava-se de um curso de nível técnico com exigência de escolaridade do ensino fundamental completo e integrante do itinerário profissional do técnico de enfermagem, recebendo-se ao final do curso um certificado de qualificação profissional. Para se tornar técnico de enfermagem, a exigência passou a ser a realização de curso de complementação da carga horária teórica e prática e a conclusão do ensino médio, conforme Parecer CNE/CEB nº 10, de 4/4/2000.

Essa definição rompe assim com o caráter pendular do curso de auxiliar de enfermagem, tratado ora como curso do ensino fundamental, ora do ensino médio, ou mesmo um mero treinamento que confundia esse profissional com o atendente de enfermagem, como analisado no capítulo anterior. Ao confirmar a articulação da formação profissional com o ensino fundamental, coloca-a na trajetória do ramo tecnológico do ensino médio, mas realizada de forma concomitante ou subsequente ao ensino médio, conforme definia, na época, o Decreto nº 2.208/1997.

Toda a mobilização em torno dessa abordagem, na avaliação de Ramos (2007), tornou o Profae o principal projeto de difusão da pedagogia das competências em nosso meio e contribuiu para que a área da saúde incorporasse, mais que outras áreas, essa diretriz. Na avaliação da autora citada, isso está relacionado à própria história do ‘Larga Escala’ e sua proposta de currículo integrado, que ao abolir a estrutura curricular disciplinar, considerada rígida e fragmentada, optou pela organização dos conteúdos teóricos e práticos em torno de eixos temáticos. Conforme descrito no capítulo anterior, cada eixo temático comporia

²⁴⁷ O Conselho Consultivo Nacional era constituído por representantes do Profae, da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional), do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), do Ministério da Educação (MEC), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), da Central Única dos Trabalhadores (CUT), da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS).

múltiplas unidades didáticas que, em conjunto, reproduziriam os mínimos curriculares de cada habilitação profissional. A operacionalização da formação privilegia o desenvolvimento de experiências ensino/aprendizagem condicionadas pela dinâmica dos serviços de saúde, sem negar os conhecimentos e a experiência de vida dos alunos para construir novos conhecimentos. Essa perspectiva pressupõe uma influência mútua entre a atividade didática e a prestação de serviços que leve, ao mesmo tempo, à superação da alienação do trabalhador em relação às práticas de saúde e à realidade social, isto é, à transformação do sujeito e das práticas.

Nesse sentido, o deslocamento de um ensino centrado em saberes disciplinares para um ensino definido pela produção de competências verificáveis em situações e tarefas específicas, tal qual proposto pelo modelo de competências, segundo Ramos (2007), acaba por incorporar a perspectiva do currículo integrado, mesmo que no lugar das situações e tarefas específicas sejam contempladas as dimensões técnica, organizacionais, comunicativas e sociopolíticas. Isto porque a elaboração de uma ‘lista de competências verificáveis’, que acompanham as competências-chave de cada dimensão, tende a transformar “o trabalho de formação numa ‘ciência da certeza’”. Tende a reforçar também, com a ênfase na avaliação das competências, “os mecanismos de controle externo sobre os profissionais”, assim como “a criar aos organizadores e gestores de formação problemas e missões ‘impossíveis’” (Ramos, 2007, p. 28). Por outro lado, essa operação acaba alimentando a ideia de que a articulação ensino-serviço é potencializada segundo a lógica das competências e abre a perspectiva de transformação do sujeito (saber-ser) e das práticas.

Ocorre que a definição de uma lista de competências consideradas aquelas que, em conjunto, configurariam essa competência maior, na verdade pretende gerir a ‘incerteza’ do ser e do agir humano. Diante da premissa gramsciana de que todo homem é filósofo [...] e de que as verdadeiras transformações sociais pressupõem a revolução moral e intelectual, não podemos compreender como promover as transformações de práticas da atenção à saúde prescrevendo-se condutas e comportamentos previsíveis e observáveis, ainda que essas sejam condições imprescindíveis para o cuidado. Mas, restritas à prescrição, nada garante serem produzidas pelo próprio sujeito e orientadas pela consciência sobre o sentido de suas ações. (Ramos, 2007, p. 28)

Desse ponto de vista, para essa autora, um dos desafios para essa prática de formação é a superação da excessiva ênfase que se dá à articulação ensino-serviço como base para a formação dos trabalhadores técnicos de saúde. Ela considera que a descontinuidade da situação de formação e de trabalho, ou o caráter incerto dos ‘efeitos’ da formação nas práticas

concretas de trabalho, convida a valorizar a noção de qualificação e não a noção de competência, pois a competência é sempre contingente, contextual, e não dotada de universalidade.

Não se trata de romper com a articulação ensino-serviço que tem como base a experiência, mas incorporando-a aponte na direção de uma perspectiva de formação integral que potencialize a integralidade da atenção à saúde, com a apropriação de conhecimentos socialmente válidos.

Conquanto tenha como referência as necessidades e potencialidades dos sujeitos trabalhadores e do processo de trabalho como uma combinação dinâmica e contraditória de múltiplos determinantes – técnico-científicos, sociais, econômicos, políticos e culturais – o processo formativo deve proporcionar a compreensão da realidade em geral e das situações e processos de trabalho em particular, potencializando a capacidade dos sujeitos de superá-las em benefício de si como espécie humana e como sujeito singular. Nesse sentido, o trabalho, como meio de produção de existência humana, é também princípio educativo. (Ramos, 2007, p. 31)

Apesar de o Profae ter cumprido esse papel de difusor da pedagogia das competências entre nós, em 2003 a proposta do SCC/Profae foi abortada. Em primeiro lugar, isso tem a ver com a eleição do governo Lula da Silva e as mudanças ministeriais daí decorrentes, com a criação de uma nova estrutura que reuniu toda a área de formação de recursos humanos na nova Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). A nova equipe do MS, por divergências acerca de sua concepção e seu funcionamento, paralisou todo o processo até então encaminhado.

O segundo motivo foi a publicação da Resolução Cofen nº 276, de 16/6/2003, que regulou a concessão de inscrição provisória ao auxiliar de enfermagem com base na consideração de que não se tratava de um profissional habilitado, mas apenas qualificado, segundo a legislação educacional. Sendo assim, a partir desse momento, o Conselho passaria a emitir o registro definitivo somente para os técnicos de enfermagem, e mesmo assim com a condição de que a escola que emitiu o diploma estivesse inserida no Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico do MEC (Resolução Cofen nº 284/2003). “Essa decisão do COFEN atingiu os propósitos do sistema de certificação visto que ele havia sido organizado, nesse primeiro momento, para os Auxiliares de Enfermagem” (Brasil, 2008, p. 150).

Além de atingir ‘os propósitos do sistema de certificação’, essa determinação do Conselho Federal de Enfermagem – uma decisão de caráter duvidoso, tendo em vista que a

Lei do Exercício Profissional considera tanto o auxiliar como o técnico de enfermagem profissionais habilitados –²⁴⁸ provoca uma explosão da demanda por cursos de técnicos de enfermagem. Portanto, além das mudanças que estavam se operando nas forças produtivas de maneira geral e no trabalho em saúde em particular, e nas relações sociais de produção, o aumento do número de postos de trabalho de técnicos de enfermagem que se verifica principalmente no período 2002-2005 também é resultado dos interesses do Cofen de eliminar o auxiliar de enfermagem como categoria profissional da área. A partir dos anos 2000, portanto, o novo fenômeno é o aumento progressivo dos postos de trabalho de técnicos de enfermagem no mercado de trabalho setorial.

Projetado para ser operacionalizado entre 2000 e 2003, o Profae iniciou os cursos de qualificação de auxiliar de enfermagem em janeiro de 2001, após seleção das agências regionais, operadoras e executoras do projeto, o cadastramento e matrícula dos alunos, e a assinatura do contrato com o BID, que ocorreu no final de setembro de 2000 (Brasil-MS, 2008). Segundo as metas acordadas com o Banco, comprometeu-se a qualificar 180 mil auxiliares de enfermagem dos 225 mil trabalhadores previstos e formar 72 mil técnicos de enfermagem dos 90 mil auxiliares de enfermagem previstos (Brasil-MS, 2006).

De acordo com o Parecer CNE/CEB nº 10/2000,

No processo de qualificação profissional de Auxiliar de Enfermagem o PROFAE matriculará apenas trabalhadores que já possuam certificado de conclusão do ensino fundamental (antigo ensino de 1º Grau) e ‘sejam empregados e exercendo ações de enfermagem’, ou que ‘estejam desempregados no momento, mas tenham trabalhado no mínimo 18 meses consecutivos entre 1/1/96 e 31/12/98. Aqueles ‘trabalhadores de enfermagem que ainda não concluíram o ensino fundamental exigido para a qualificação profissional’ de Auxiliar de Enfermagem deverão, antes, concluir o exigido ensino fundamental. O PROFAE apoiará a formação de turmas em cursos na modalidade Educação de Jovens e Adultos. (CNE, 2000, p. 3)

O ensino fundamental completo era condição *sine qua non* para a matrícula nos cursos de auxiliares de enfermagem e, segundo a legislação educacional, passou a ser considerado um curso de qualificação profissional de nível técnico que integra o itinerário de formação profissional do técnico de enfermagem. Como novidade introduzida pela legislação, válida até hoje, o aluno, para se tornar técnico, precisa concluir o ensino médio, mas não precisa fazer um curso técnico de 1.660 horas (incluído o estágio curricular) conforme definia a Resolução CFE nº 07/1977. Basta complementar a carga horária realizada no curso de auxiliar de

²⁴⁸ Lei nº 7.498/1986, art. 2º, § único – A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, *respeitados os respectivos graus de habilitação*.

enfermagem, aproveitando o conhecimento adquirido nessa etapa de formação. Com isso, a legislação abriu a possibilidade de se acelerar a formação de técnicos de enfermagem.

O curso de auxiliar de enfermagem foi organizado na forma de módulos: dois teóricos e um prático, com tempo de duração de 12 meses e carga horária mínima de 1.110 horas, em turmas com até 36 alunos, abrangendo diversas áreas de atuação: assistência de enfermagem, médico-cirúrgica, materno-infantil, saúde pública e saúde mental – isto é, com um perfil de formação mais generalista. O curso de complementação para técnico de enfermagem tinha a duração mínima de cinco meses e máxima de dez meses, com carga horária mínima de 450 horas e máxima de 800 horas, em turmas com até 36 alunos, com prioridade para os auxiliares de enfermagem que atuassem em serviços de saúde de média e alta complexidade – ou seja, com um perfil de especialista (Brasil-MS, 2008).

Em 2003, o Profae foi prorrogado até 2007, considerando que em setembro de 2002 estavam cadastradas no Sistema de Informação Gerencial do Profae 461.318 pessoas, ou seja, uma demanda que superava muito a meta inicial. O resultado foi a impossibilidade de atender a todos os alunos cadastrados, categorizados como ‘alunos aguardando matrícula’ (Brasil-MS, 2008). Muitas razões foram relacionadas para esse *boom* de demanda, principalmente os problemas do cadastramento realizado pelo Banco do Brasil e o atraso nas licitações de operadoras e executoras, que efetivamente ocorreram. Entretanto, consideramos explicações parciais de um problema de natureza estrutural que se aprofundou com as políticas neoliberais do governo FHC: o aumento da concentração de renda e das desigualdades sociais no período, associado ao processo de reestruturação produtiva das empresas industriais com diminuição de postos de trabalho, desemprego e precarização do trabalho. Pochmann (2006) relata que o desemprego em 1980 foi de 2,8% e chegou nos anos 2000 a 15%. Nesse mesmo ano, a taxa de precarização dos postos de trabalho ultrapassou os 40% do total da ocupação nacional.

Parece-nos um quadro suficientemente sombrio para explicar de forma mais contextualizada o *boom* de demanda para os cursos do Profae. Na realidade, não se inscreveram apenas os “empregados e exercendo ações de enfermagem, ou que [estavam] desempregados no momento, mas tenham trabalhado, no mínimo 18 meses consecutivos entre 1/1/96 e 31/12/98” (Parecer CBE nº 10/2000), mas os desempregados de maneira geral. Considerando a gratuidade do curso, muitos candidatos se inscreveram como possibilidade de ingresso no mercado de trabalho setorial, o que provocou um problema de natureza

pedagógica, em razão da “heterogeneidade dos alunos no quesito experiência na área de enfermagem” (Brasil-MS, 2008, p. 70).

A pesquisa piloto realizada com os egressos do Profae nas regiões metropolitanas de São Paulo e Salvador confirmou essa informação, principalmente em relação aos egressos dos cursos de auxiliares de enfermagem, que na sua maioria “não [exerciam] ocupação no setor Saúde, ao contrário dos técnicos que majoritariamente atuavam na própria função, pois sua seleção contava com o critério, dentre outros, de estar trabalhando em serviço de média e alta complexidade” (Brasil-MS, 2008, p. 158). A maioria dos egressos dos cursos de auxiliares não tinha registro no Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (64,4%) e Salvador (52,0%) antes da realização do curso, ao contrário dos egressos do curso técnico.

Até 2004, 70,60% das matrículas do Profae foram nos cursos de auxiliares de enfermagem, e 22,80% nos de técnicos de enfermagem (Brasil-MS, 2008). Em 2006, segundo publicação do MS (Brasil-MS, 2006), haviam sido formados 207.844 auxiliares de enfermagem e 80.124 técnicos de enfermagem, portanto, superando as metas de 180 mil e 72 mil, respectivamente.

Como referido, a maioria das instituições contratadas pelo projeto – agências regionais, operadoras e executoras – era privada. Em 2004, entre as executoras, 68% eram privadas e 32% públicas. Das instituições públicas, 12% eram ETSUS e 20% outras escolas públicas.²⁴⁹ Das instituições privadas, 10% eram do Sistema S (leia-se: Senac) e 58% outras escolas privadas (Brasil-MS, 2008). Deve-se ressaltar que como a opção política do Profae foi produzir um grande impacto em âmbito nacional, esse resultado não poderia ser diferente. Ao se abrir a concorrência pública, a maioria das propostas só poderia ser de escolas privadas, pois são elas que detêm maior capacidade instalada no país.

Os dados do Censo Escolar da Educação Profissional realizado anualmente pelo MEC desde 2001 vêm demonstrando inequivocamente que a Educação Profissional em Saúde, no Brasil, é eminentemente privada. Segundo levantamento que realizamos do Censo Escolar de 2002, 79,50% dos estabelecimentos e 81,40% dos cursos técnicos de saúde são vinculados e ofertados pelas instituições privadas. Nas regiões Norte e Sul, o número de estabelecimentos privados chega a representar 84% em média da capacidade instalada, enquanto o Nordeste abarca 72%. Esses dados indicam a forte presença do setor privado na área do ensino técnico

²⁴⁹ Os resultados publicados dizem que das instituições públicas 12% eram ETSUS e 22% outras escolas públicas, ou seja, 34%. Considerando esse percentual, o somatório geral de escolas contratadas ultrapassa 100%. Tendo em vista isso, diminuímos dois pontos percentuais em “outras escolas públicas” (Brasil-MS, 2008).

em saúde, sendo responsável também pela oferta de maior número de cursos em todas as regiões brasileiras.

Do total de cursos técnicos, os de auxiliares e técnicos de enfermagem são os que predominam. No Brasil, em 2002, representavam 55,53% de todos os cursos, sendo o menor percentual na região Sudeste (52,43%), enquanto na região Nordeste representavam 73,83% do total de cursos, na sua maioria ofertados pelas instituições privadas (Lima *et al.*, 2004). Isso tem a ver com o fato de que aproximadamente 60% da força de trabalho dos hospitais brasileiros é da área de enfermagem, e desses profissionais, 80% são trabalhadores técnicos de enfermagem.

As informações das Pesquisas AMS/IBGE realizadas nos anos de 1999, 2002 e 2005 indicam que houve um progressivo deslocamento da trajetória do emprego dos trabalhadores técnicos de enfermagem, de auxiliares para técnicos de enfermagem, ou mesmo a incorporação expressiva de técnicos de enfermagem no mercado de trabalho setorial. Ou seja, reforçam uma tendência, já verificada em outros trabalhos (Vieira *et al.*, 2003), de elevação do grau de escolaridade dos trabalhadores técnicos de enfermagem.

De 1999 a 2005, em termos absolutos, o número de postos de trabalho de técnico de enfermagem mais que triplicou; o de auxiliares de enfermagem se estabilizou; e o dos atendentes de enfermagem sofreu uma queda acentuada. Enquanto em 1999 os postos de trabalho de técnicos representavam 10,00%, em 2005 chegaram a aproximadamente 1/3 do total dos postos de trabalhadores técnicos de enfermagem. Os atendentes detinham 17,40% do total, em 1999, e 7,50%, em 2005. Em termos percentuais, os postos de trabalho de auxiliares também diminuíram em 2005 em comparação aos anos anteriores, conforme a Tabela 1.

Analisando as informações relativas à distribuição de postos de trabalho entre as instituições públicas e privadas, verifica-se que em ambos os tipos de estabelecimentos houve um crescimento da proporção de postos de trabalho de técnicos de enfermagem, segundo o Gráfico 1. Essa elevação, entretanto, é maior nos estabelecimentos privados do que nos públicos. Em ambos os tipos de instituições houve um decréscimo importante dos postos de trabalho de atendentes de enfermagem, mas de forma mais elevada nos estabelecimentos privados. A hipótese para essas diferenças entre o público e o privado é que nas instituições públicas há maior rigidez dos planos de cargos e carreira e maior dificuldade de mobilidade (ascensão) funcional, fazendo com que mesmo qualificados os trabalhadores não saiam do lugar (Pires, 1998).

Essa hipótese serve tanto para explicar a falta de ascensão de atendentes para auxiliares como de auxiliares para técnicos de enfermagem. Portanto, tal informação não significa necessariamente a ausência de profissionais qualificados nas instituições públicas ou, ao contrário, que as instituições privadas tenham um número maior de trabalhadores qualificados. Pode estar indicando, isso sim, uma maior dissociação entre a qualificação do posto de trabalho e a qualificação do trabalhador nas instituições públicas.

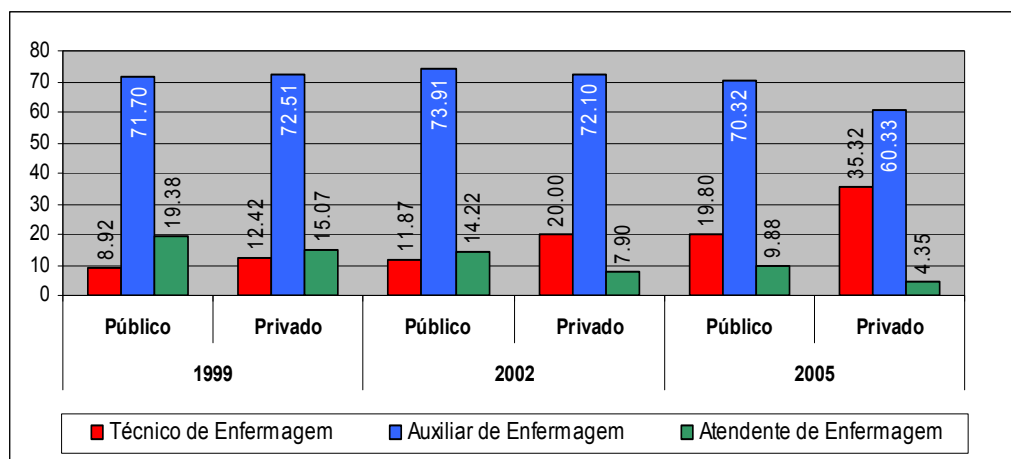
TABELA 1
Total de Postos de Trabalho dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem.
Brasil – 1999, 2002, 2005

Trabalhadores Técnicos de Enfermagem	ANOS					
	1999		2002		2005	
	n	%	n	%	n	%
Técnico de Enfermagem	49.604	10,53	82.627	15,52	161.336	26,50
Auxiliar de Enfermagem	339.766	72,07	389.277	73,10	401.753	66,00
Atendente de Enfermagem	82.040	17,40	60.639	11,38	45.587	7,50
Total	471.410	100,00	532.543	100,00	608.676	100,00

Fonte: AMS/IBGE, 1999, 2002, 2005 (elaboração própria).

GRÁFICO 1

Percentual de Postos de Trabalho dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem segundo Estabelecimentos Públicos e Privados. Brasil – 1999, 2002, 2005



Fonte: AMS/IBGE, 1999, 2002, 2005 (elaboração própria).

Os dados da base Rais-MTE também revelam que no período 1995-2000 houve uma tendência de privatização dos empregos em saúde em todas as regiões brasileiras. Na região Norte, para cada emprego público passaram a existir aproximadamente três empregos privados. No Nordeste, os empregos públicos diminuíram de 31.741 vínculos, em 1995, para 5.412, em 2000, representando uma queda de 82,94%. No Centro-Oeste, os empregos públicos tiveram uma redução de 59,46% entre 1995 e 2000. Nas regiões Sul e Sudeste, apesar de ter ocorrido aumento do emprego público, predominou também o crescimento do emprego nas instituições privadas.

Segundo Meneleu Neto *et al.* (2002, p. 76), essa dinâmica empregatícia das instituições privadas na área de saúde se explica, sobretudo, por “uma demanda crescente por especializações”. Considerando que o perfil do técnico de enfermagem é de especialista e não de generalista, como o do auxiliar de enfermagem, talvez isso explique parcialmente a elevada taxa de crescimento desse profissional no mercado privado de saúde. Parcialmente porque o processo de reestruturação no setor saúde, como vimos, não apenas implicou a incorporação de tecnologias de base microeletrônica, mas também envolveu a informatização dos setores e uma nova organização do processo de trabalho na área de enfermagem.

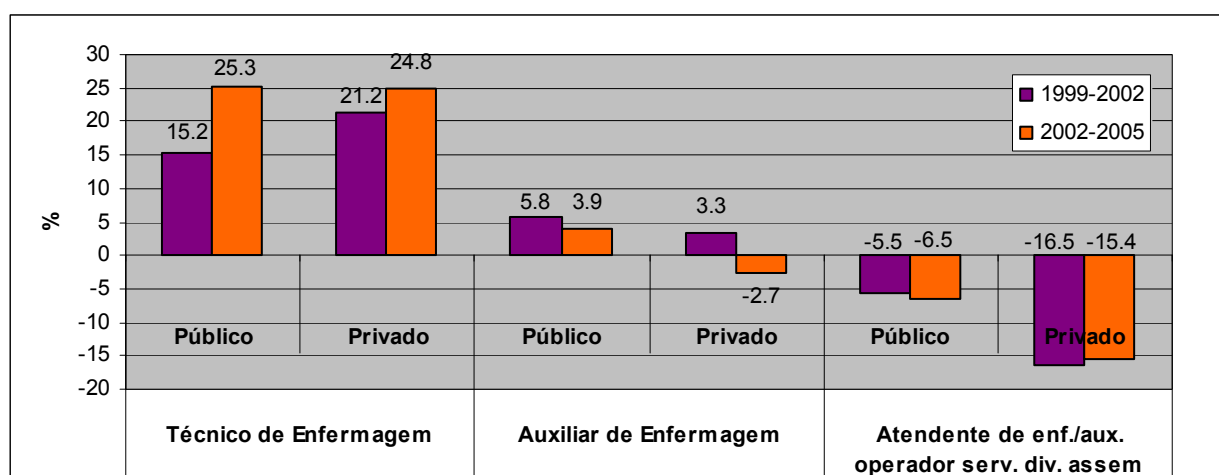
Segundo as informações das Pesquisas AMS-IBGE, nos períodos 1999-2002 e 2002-2005, nas instituições tanto públicas como privadas ocorreu um aumento importante da taxa

de crescimento de postos de trabalho de técnico de enfermagem, em comparação à de auxiliares de enfermagem, conforme o Gráfico 2. Entretanto, no período 1999-2002, a taxa de crescimento foi bem maior nas instituições privadas do que nas públicas, enquanto no período 2002-2005 as instituições públicas tiveram uma taxa pouco acima das privadas. Isto é, nesse último período, a taxa de crescimento de técnicos de enfermagem tendeu a se aproximar em ambas as formas de instituições.

Quanto aos postos de trabalho de auxiliares de enfermagem, a taxa de crescimento foi menor em ambos os períodos, nas instituições tanto públicas como privadas. No período 2002-2005, as privadas tiveram uma taxa de crescimento negativa, sinalizando que houve eliminação desses postos de trabalho. Finalmente, em relação aos atendentes de enfermagem, em ambos os períodos, nas instituições tanto públicas como privadas, a taxa de crescimento foi negativa, sendo maior nas instituições privadas do que nas públicas.

GRÁFICO 2

Taxa de Crescimento dos Postos de Trabalho de Trabalhadores Técnicos de Enfermagem.
Brasil – 1999, 2002, 2005



Fonte: AMS/IBGE, 1999, 2002, 2005 (elaboração própria)

Essas informações parecem indicar de maneira inequívoca que o aumento de postos de trabalho para técnicos de enfermagem, ou de sua incorporação pelo mercado setorial, tanto nas instituições públicas como nas privadas, é um fenômeno consistente – o que indica uma forte tendência da existência a médio e longo prazos de apenas duas categorias profissionais,

como defendida pela ABEn desde os anos 1960: enfermeiros de nível superior e técnicos de enfermagem.

Entretanto, é importante fazer três observações. Em primeiro lugar, como já referido, pode estar havendo uma subestimação do número de técnicos de enfermagem nas instituições públicas. A pesquisa realizada pelo Profae/ABEn em 2002 (Brasil-MS, 2003, p. 18), sobre o perfil dos técnicos de enfermagem, revela entre outras questões “a expressiva contratação de TE, pelos Serviços de Saúde, como auxiliar de enfermagem sem que tenha sido formado como tal” e “a expansão da formação de TE sem criação de postos de trabalho correspondentes”.

A segunda observação é que apesar de os auxiliares de enfermagem terem um perfil generalista, isso não significa que esses trabalhadores não exerçam funções de técnicos de enfermagem. Muito pelo contrário, a mesma pesquisa confirma que as instituições públicas e privadas não reconhecem diferenças entre auxiliares e técnicos de enfermagem. Ambos os profissionais realizam ações simples e complexas no processo de trabalho, como referido no capítulo anterior deste trabalho.

Por último, o decréscimo do número de postos de trabalho de atendentes de enfermagem, observado nas Pesquisas AMS/IBGE, não significa necessariamente que tenha sido abolida a prática de se contratarem trabalhadores sem qualificação específica, com outras nomenclaturas. Por um lado, os interesses privados no setor podem continuar lançando mão dessa estratégia para contornar os custos crescentes da prestação de cuidados visando à valorização do capital investido; por outro, os gestores públicos podem continuar ‘improvisando’ e contratando esse trabalhador.

De todo modo, podemos dizer que o Profae cumpriu um papel político importante ao tornar pública a problemática dos atendentes de enfermagem e contribuir para a sua ‘extinção’ pela requalificação destes para auxiliares de enfermagem. Para aqueles que já atuavam nos serviços de saúde, a posse do certificado de qualificação eliminou a ilegalidade de sua atuação e abriu a possibilidade de reconhecimento profissional junto aos órgãos da categoria. Do ponto de vista da prática profissional, entretanto, não se observaram diferenças significativas no desempenho entre os trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica formal que frequentavam os cursos do Profae e aqueles que não frequentavam (Peduzzi *et al.*, 2003). Isso porque a realização do trabalho, ou uma boa assistência à saúde da população, não depende apenas da qualificação profissional, mas da organização do serviço, das relações de trabalho

que se estabelecem no seu interior, das condições materiais e de um quadro de pessoal adequado, entre outros fatores.

Mas, o PROFAE foi, antes de tudo, um projeto circunstancial e emergencial construído originalmente com o objetivo de requalificar os atendentes de enfermagem em auxiliares de enfermagem, assumindo também a tarefa de requalificar esses últimos em técnicos de enfermagem. Dessa forma, contribuiu para a ‘extinção’ dos atendentes, sedimentou a escolarização regular dos auxiliares de enfermagem e aumentou o contingente de técnicos médios no mercado de trabalho setorial para o exercício do trabalho complexo na área de enfermagem, tendo em vista as mudanças na base técnica da produção e dos novos modelos de gestão do trabalho. No entanto, também contribuiu para redefinir a relação trabalho e educação na área da saúde sob a lógica das competências e induziu o fortalecimento do mercado educativo ou o privatismo da formação profissional em saúde.

Após a sua extinção, o MS começou a discutir a ampliação dessa experiência e seu modelo de formação para outras áreas profissionais, com a proposta de criação do Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (Profaps), contando com o financiamento do BID.

Entretanto, o que está sendo viabilizado e se constituindo como alternativa de caráter permanente na área de formação profissional em saúde é a organização do Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (SENASS) e do Serviço Social da Saúde (SESS), também conhecido como Sistema S da Saúde. Uma proposta da Confederação Nacional de Saúde (CNSa) para treinamento e formação dos trabalhadores de saúde sob a ótica do capital na saúde, com o apoio do Ministério da Saúde. A partir do governo Lula da Silva, a CNSa passou a adquirir maior visibilidade no cenário nacional – atualmente com assento no Conselho Nacional de Saúde (CNS), no Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (Codefat) e no Conselho Curador do FGTS – e internacional – o presidente da CNSa é o atual presidente da Internacional Hospital Federation (IHF), com sede na França.

4.3.2 Do PROFAE ao Sistema S da Saúde

Diversos autores (Paulani, 2006, 2008; Oliveira, 2003, 2006; Coutinho, 2006; Neves, 2005; Fontes, 2005, 2008) sinalizam que no governo Lula da Silva (2003-2009) predomina uma forte tendência de continuidade do governo FHC. O primeiro sinal de continuísmo foi a divulgação da ‘Carta ao Povo Brasileiro’ em 22/06/2002, na qual o Partido dos Trabalhadores (PT) anunciava que não ia haver ruptura com a política econômica anterior e que todos os contratos iam ser respeitados, sob o argumento de não desestabilizar a economia e o governo. Na avaliação de Paulani (2008), exceto o fato do ‘terrorismo eleitoral’ produzido, na época, com a real possibilidade da eleição de um candidato operário originário das fileiras do PT, o país não estava a beira do precipício, nem havia descontrole monetário. Ao contrário, a balança comercial em 2002 havia ultrapassado em mais de 50% o valor esperado para seu superávit; o ajuste do câmbio, após a crise de 1999, parecia estar colocando as contas do comércio exterior na direção certa; as reservas internacionais se mantiveram estáveis ao longo de 2002; e mesmo que houvesse um agravamento conjuntural, o governo FHC havia fechado um acordo com o FMI para enfrentar qualquer tempestade inesperada.

Para a autora, portanto, a ‘tese do precipício’ defendida pelo PT serviu para encobrir uma escolha deliberada pela política monetária contracionista anterior que se aprofundou com o governo Lula da Silva, com o brutal corte de liquidez por meio do aumento do compulsório dos bancos que diminuiu o volume de moeda circulante, da surpreendente elevação do superávit primário para além do exigido pelo FMI e da elevação das taxas básicas de juros.

Mesmo calçados em 55 milhões de votos e montados num capital político inédito na história do país, os novos donos do poder não quiseram arriscar um milímetro [o projeto de poder do PT] e se decidiram pela linha de menor resistência. Escolheram o caminho ‘mais seguro’, que não afrontava interesses constituídos, internos e externos, que impunha de vez o rentismo como marca de nossa economia, que consagrava para o Estado o papel paternalista e ‘focado’ de ‘cuidar dos pobres’, que não questionava as disparidades regionais e pessoais de renda e riqueza, que não ameaçava sequer arranhar a iníqua estrutura patrimonial do país, que o mantinha, enfim, submisso aos imperativos da acumulação financeira que domina a cena mundial do capitalismo desde meados dos anos 1970. (Paulani, 2008, p.40)

A análise de Oliveira (2006) caminha na mesma direção. Para ele, a ‘Carta ao Povo Brasileiro’ não era algo transitório para acalmar o empresariado nacional e internacional, assim como as grandes potências capitalistas e as instituições ‘policiais’ do capital financeiro

- FMI, BIRD, BID e OMC, mas uma orientação política do PT. Ao tomar posse, o governo Lula da Silva recompõe o sistema político que o turbilhão combinado da desregulamentação de FHC e da globalização havia implodido, mas sob o domínio do capital financeiro, que se amplia com a consolidação dos fundos de pensão, cujos lucros dependem em grande medida das operações com títulos do governo.

Os principais investidores institucionais no Brasil hoje são os fundos Previ, Eletros, Sistel, Petros, Portus, Funcef e os demais cujas denominações remetem sempre ou à empresa ou ao setor de onde provêm; atuam nas bolsas de valores, foram os mais importantes e decisivos para definir as privatizações das estatais, são proprietários-acionistas de grande número de empreendimentos de porte. A Constituição de 1988, criou, para rematar essa financeirização, o FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador, que é hoje o principal aportador de recursos ao BNDES, vale dizer, o principal fundo de acumulação a longo prazo. (Oliveira, 2006, p.34)

Para consolidar esse movimento de financeirização da economia brasileira foi fundamental a Reforma da Previdência Social iniciada pelo governo FHC, mas que ficou restrita aos trabalhadores da iniciativa privada, e que o governo Lula da Silva completa com a Reforma da Previdência dos trabalhadores do setor público, em 2003. Com isso se cria o grande mercado de previdência complementar cujo destino de aplicação dos recursos será o mercado financeiro. Esse mecanismo de aplicação, como analisado neste trabalho, interessa tanto aos governos como ao capital financeiro internacional e nacional, assim como aos fundos de pensão, pois, de um lado, permite financiar o déficit orçamentário pela aplicação de bônus do Tesouro e, de outro lado, a produção de capital portador de juros ou capital fictício para o detentor desses bônus. Dessa forma se reitera a financeirização da economia e a dependência do país aos interesses do capital financeiro.

Oliveira (2003, p.146-147) vai mais longe na sua análise, pois para ele esse processo de conversão de sindicalistas, particularmente da CUT, em administradores de fundos de pensão das antigas estatais modificou a estrutura da classe trabalhadora no país. Chega inclusive a defender a tese de constituição de “uma verdadeira nova classe social”, que se estrutura a partir dos técnicos e economistas “*doubles* de banqueiros” oriundos do PSDB e de trabalhadores transformados em operadores de fundos de previdência oriundos do PT. “A identidade dos dois casos reside no controle do acesso aos fundos públicos, no conhecimento do ‘mapa da mina’”. Ao mesmo tempo, para o autor, essa reconstrução do sistema de poder operada no governo Lula da Silva se realiza num contexto de decomposição da classe trabalhadora.

O paradoxo da eleição de Lula é que ele chega ao governo quando sua classe mergulha numa avassaladora desorganização. A inespecificidade de sua eleição, o ‘Lulinha Paz e Amor’, é contraditória e, perversamente, o sinal da desimportância de sua legendária base classista. (Oliveira, 2006, p.37)

Essa desorganização está relacionada à profunda erosão das bases do trabalho, com o consequente enfraquecimento do movimento sindical, operada ao longo dos anos 1990, principalmente no setor industrial. Segundo dados do autor, no período 1989-1999, a perda de postos de trabalho assalariado chegou a 3,2 milhões, o número de desempregados saltou de 1,8 milhão para 7,6 milhões, a taxa de desemprego subiu de 3% para 9,6% da PEA e de cada cinco ocupações criadas quatro estavam no denominado ‘setor informal’ da economia, isto é, sem formalização das relações de trabalho e com baixa remuneração. Para o autor, nesse período ocorre também uma espécie de internalização da reestruturação produtiva pelos trabalhadores empregados em atividades de ponta, isto é, a produção de uma nova subjetividade pautada pelos valores da competitividade.

É notável como o trabalho em equipe, em células, dessolidariza e desorganiza os processos de auto-reconhecimento, torna inúteis os sindicatos, pois as bases ‘coletivas’ da produção parecem desaparecer para dar lugar apenas à competência individual, e os sindicatos ainda não sabem mover-se no novo universo. (idem, p.37)

Além disso, aponta ainda para novas disposições criadas e regulamentadas no governo FHC, como a da participação nos lucros das empresas que retiraram objetivamente dos sindicatos a capacidade de negociação sobre a repartição e divisão dos lucros entre os trabalhadores. A contraparte desse movimento de ‘liquidação da classe’ foram as políticas assistencialistas, ou como denomina, as políticas de funcionalização da pobreza, que no governo Lula da Silva tiveram continuidade com o Programa Fome Zero.

Essa conjuntura profundamente adversa para o conjunto dos trabalhadores, principalmente para o antigo núcleo duro do PT representado pelo operariado industrial, explica apenas parcialmente a guinada do governo Lula da Silva e do PT aos cânones neoliberais.²⁵⁰ Porém, foi também um elemento fundamental para reduzir “o poder de veto de sua antiga base de trabalhadores” (Oliveira, 2006, p.37).

Para Paulani (2006), Oliveira (2006) e Coutinho (2006) não há dúvidas de que o governo Lula da Silva pode ser caracterizado como neoliberal, pois longe de contribuir para

²⁵⁰ Para uma discussão mais aprofundada sobre a trajetória do PT, consultar Fontes (2005).

minar a hegemonia dessa doutrina e das práticas que a sustentam, reforçou-a com sua adesão ao processo de financeirização da economia. Os dados apresentados por Sicsú (2007) não deixam dúvida quanto a isso. Enquanto os gastos com saúde foram equivalentes a 27,2 bilhões de reais em 2003, 32,9 bilhões em 2004, 36,5 bilhões em 2005, e 39,7 bilhões em 2006, o pagamento de juros ao sistema financeiro foi de 145,2 bilhões de reais em 2003, 128,3 bilhões em 2004, 157,2 bilhões em 2005 e 163,5 bilhões em 2006. Visto de outro ângulo, o autor diz que “o que o governo gasta em um ano ‘pagando juros’ equivale aproximadamente ao que gasta em dez anos na rubrica educação” (Sicsú, 2007, p. 14).

Essa opção política de manter e ampliar o ciclo da financeirização da economia e a dependência externa, tornou muito difícil ou mesmo inviabilizou qualquer política de caráter universalizante que atenda aos interesses da população. No seu lugar ganharam maior importância as medidas de caráter compensatório ou de alívio à pobreza como o Programa Fome Zero. Na realidade, a perspectiva de proteção social universal foi abandonada na medida em que o contingenciamento de recursos nas áreas sociais vem sendo utilizado para sustentar a financeirização da riqueza. Se em 2004, o número de milionários²⁵¹ no Brasil cresceu 6% em relação ao ano anterior, em 2007, pulou de 130 mil para 190 mil, ou 46,1% em um ano, o equivalente a 0,1% dos brasileiros (Pochmann, 2006; Oliveira, 2006; Martins, 2008).

Mas, o impacto mais importante dessa guinada neoliberal do governo Lula da Silva e do PT, segundo Fontes (2005), se deu sobre os movimentos sociais que serviram de base para a organização partidária. Visando garantir o governo e seu projeto de poder, o partido passou a atuar de forma a diluir as formas anteriores que o constituíram, baseada na precedência da organização classista sobre a representação eleitoral. Além de submeter-se aos interesses dos setores empresariais, passou a se pautar pelo pragmatismo, visando desmontar o cunho classista que caracterizou a sua trajetória política anterior, ao mesmo tempo em que abandonou a sua atuação no sentido de requalificar o fazer político e o seu projeto de cunho socialista e emancipatório.

Para Fontes (2005, p.315), esse processo “configura a destruição mais severa que o PT vem fazendo no campo das lutas populares no Brasil contemporâneo”. Em outro registro, Oliveira (2006, p.40) diz que “[como] partido, [o PT] cresceu subvertendo a ordem,

²⁵¹ Segundo Martins (2008), milionário é aquele que tem mais de um milhão de dólares investido, isto é, o portador de dinheiro que produz dinheiro sem trabalhar, mas que precisa de quem trabalhe para ele.

desordenando-a; como governo, sua primeira tarefa é a da conservação da ordem”. Na mesma direção, Coutinho (2006) aponta que nesse processo o partido acabou desarmando as resistências e cooptando/neutralizando importantes movimentos sociais, abrindo caminho assim para uma maior e mais estável consolidação do neoliberalismo entre nós. Ou, segundo Neves (2005, p.95), para “consolidar a formação do novo homem coletivo indispensável ao projeto de sociabilidade neoliberal da Terceira Via”.

Isto é, além de manter a orientação monetarista da política econômica, reforçou o caráter gerencial do Estado e aprofundou a política de parcerias, que continua sendo o eixo norteador da relação Estado e sociedade civil em torno de ações de prestação de serviços sociais e de elevação da auto-estima das populações ‘excluídas’, através das instituições do ‘terceiro setor’ e das ‘empresas socialmente responsáveis’. Essas diretrizes se expressaram claramente no Plano Plurianual 2004-2007 do primeiro governo Lula da Silva.

O setor público pode e vai induzir a retomada do crescimento econômico. Mas a iniciativa privada tem um papel insubstituível. A força-motriz desse processo deve ser a dinâmica das parcerias Estado-sociedade, público-privado, governamental e não-governamental (...). Desenvolvimento com justiça social para nós é isto: parcerias criativas e transformadoras, a partir da construção de amplos consensos sociais, um após o outro. Cada um deles pacientemente conquistado. (Brasil, MP, 2003, apud Neves e Pronko, 2008, p.70)

Nesse ponto de vista, no contexto de agravamento da miséria no país ou da ‘nova pobretologia’ (Fontes, 2008)²⁵², o Programa Fome Zero e seu carro-chefe o Programa Bolsa Família substituiu o Programa Comunidade Solidária, no papel pedagógico que até então vinha desempenhando de estimular o desenvolvimento do associativismo prestador de serviços sociais de ‘interesse público’, em oposição ao associativismo que reivindica direitos. Em ‘parceria’ com a sociedade civil organizada, entendida como esfera pública não-estatal de cidadania, mobilizou um conjunto de empresas, denominações religiosas, ONGs, sindicatos e escolas no mutirão de combate à fome. Sob a orientação da Fundação Roberto Marinho construiu uma rede de educadores populares em todos os estados brasileiros, para cuidar da educação cidadã dos agentes e beneficiários do Programa Fome Zero, visando fortalecer os movimentos sociais sob a ótica do neoliberalismo da Terceira Via, o acompanhamento das políticas públicas e a implementação dos programas.

²⁵² A ‘nova pobretologia’ se difunde no Brasil nos anos 1990. Se refere ao deslocamento do tema da igualdade para o terreno da ‘inclusão cidadã’, a partir da qual a pobreza passa a ser tratada não como processo e produto de relações sociais que produzem a desigualdade, mas como um fato e um estado de pobreza. Esse deslocamento, ao mesmo tempo em que produz uma dissociação entre desigualdade e pobreza, justifica a gestão privada dos recursos públicos a partir do recorrente argumento de incompetência e ineficácia governamental (Fontes, 2008).

Nesse sentido, para Neves (2005), o Programa Fome Zero tal qual o Programa Comunidade Solidária, não deve ser visto como filantropia ou mero assistencialismo. As ações desse Programa junto com outras ações implementadas pelo Estado, particularmente no campo educativo,²⁵³ e/ou diretamente pela burguesia através das empresas que se declaram socialmente responsáveis, fazem parte de um conjunto de ações diversas e complementares que dão continuidade àquelas desenvolvidas desde o governo FHC. Essas ações visam

[a] formação de valores para a nova sociabilidade [da Terceira Via] e ao incentivo a uma participação voltada para a mobilização política pautada em soluções individuais, [a] repolitização dos aparelhos privados de hegemonia da classe trabalhadora, rebaixando [a consciência política] do nível ético-político para o econômico-corporativo [e o] estímulo à criação de novos sujeitos políticos coletivos, dedicados à defesa de interesses extra-econômicos e à execução das políticas sociais governamentais (Neves, 2005, p.99).²⁵⁴

No campo educacional, a ênfase no primeiro governo Lula da Silva foi em torno de duas reformas educacionais destinadas à reestruturação da formação para o trabalho complexo: a reforma da educação superior e a reforma da educação tecnológica. Em relação a essa última, o embate fundamental dos setores progressistas da área de educação foi no sentido de resgatar o projeto unitário do ensino médio, isto é, resgatar o ideário de integrar ciência e cultura, humanismo e tecnologia, inclusive a possibilidade da formação específica para o exercício de profissões técnicas, com a proposta do ensino médio integrado. Dessa forma, buscavam superar a concepção burguesa de educação que se pauta pela dicotomia entre trabalho manual e trabalho intelectual, entre educação geral e formação profissional. “Nesse sentido, o conceito de educação tecnológica ganhava o mesmo significado de politecnicidade” (Frigotto, Ciavatta e Ramos, 2005, p.41), afastando-se de uma outra abordagem que a associa com os conhecimentos necessários para a utilização das tecnologias no processo produtivo e para a ocupação de um espaço específico na divisão social e técnica do trabalho.

²⁵³A autora desenvolve e aprofunda essa discussão no artigo intitulado ‘A Política Educacional Brasileira na Sociedade do Conhecimento’. In: Matta e Lima, 2008, p.355-391.

²⁵⁴ Considerando esses três objetivos, Neves (2005) analisa uma série de ações e movimentos que se iniciam no governo FHC e tem continuidade no governo Lula da Silva, visando a difusão e consolidação da nova sociabilidade neoliberal da Terceira Via. Entre eles, destaca-se as ações empreendidas pela Rede Globo de Televisão e Fundação Roberto Marinho, as reformas educacionais e a atuação das igrejas, notadamente a Católica, com ênfase na formação do homem empreendedor (dimensão técnica) e do homem colaborador (dimensão ético-política); o processo de cooptação das lideranças sindicais e particularmente o movimento de transformação da CUT classista em CUT cidadã; a fragmentação das lutas e a subordinação dos movimentos sociais populares às diretrizes da Terceira Via, com ênfase na prestação de serviços sociais às populações ‘excluídas’, assim como a criação de novos sujeitos políticos coletivos através da abertura das denominadas Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos (Fasfil). Além de difusoras da nova sociabilidade e de parceiras do Estado na implementação das políticas sociais neoliberais, as Fasfil vem absorvendo um contingente importante de trabalhadores excluídos do mercado de trabalho, porém de forma precária. Para uma análise do desenvolvimento e da atuação das Fasfil consultar também Fontes (2008).

O contexto em que se deu esse debate foi o da revogação do decreto n. 2.208, de 17/4/1997. Essa legislação ao ser aprovada reiterou o dualismo nesse grau de ensino ao determinar que a educação profissional de nível técnico teria uma organização curricular própria e independente do ensino médio, abolindo com isso a possibilidade de integração entre ambas, só permitindo a oferta da primeira sob a forma concomitante e/ou sequencial ao ensino médio. Produziu também a fragmentação da oferta ao permitir a realização da educação profissional em escolas do ensino regular, em instituições especializadas ou nos ambientes de trabalho, além de aligeirar o tempo de formação de ambas as modalidades com a instituição dos módulos de ensino como forma privilegiada de organização curricular.

Essa reforma estrutural, logo depois acompanhada pela reforma conceitual baseada na pedagogia das competências para a empregabilidade, representou à época uma profunda regressão. Além de desmontar a educação tecnológica preexistente, particularmente das escolas técnicas federais, subordinou a escola de forma mais imediata aos interesses do mercado de trabalho de modo a aumentar a produtividade e ainda barrou a possibilidade de avançar na construção do ensino médio sob a perspectiva politécnica.

Além disso, o decreto n. 2.208/1997 também produziu uma “diferenciação para cima”, isto é, “uma dualidade de instituições e concepções de curso no ensino superior” (Campello *et al*, 2009, p. 177-178), com a criação do nível tecnológico da educação profissional, destinado a uma formação mais pragmática, aligeirada e imediatamente interessada aos requerimentos do mercado de trabalho. Ou seja, repôs a dualidade no ensino médio e a instalou no nível superior, com a criação de cursos de graduação tecnológica ou cursos superiores de tecnologia de curta duração, distintos da graduação acadêmica, para a formação de tecnólogos nas diversas áreas profissionais, inclusive na área de saúde.

Concomitantemente, ocorreu uma intensa privatização e diversificação da oferta de todas as modalidades de cursos (básicos, técnicos e tecnológicos) sob o mote da ideologia da empregabilidade e/ou empreendedorismo. Segundo Neves e Pronko (2008), essa política do governo FHC, em consonância com as diretrizes dos organismos internacionais à época, particularmente do Banco Mundial,

provocou o surgimento de uma rede de instituições e cursos responsáveis, ora conjuntamente, ora de forma separada, pela oferta da educação tecnológica e da chamada educação profissional até então nunca vista na história da educação brasileira. Integram essa rede: 1) o ensino médio e técnico, incluindo redes federal, estadual, municipal; 2) o Sistema S [Senai e Senac]; 3) universidades públicas e privadas, por meio de cursos de graduação, de pós-graduação, de serviços de extensão e de atendimento comunitário; 4) escolas e centros

mantidos por sindicatos de trabalhadores, escolas e fundações mantidas por grupos empresariais; 5) organizações não governamentais de cunho religioso, comunitário e educacional; 6) ensino profissional regular ou livre, concentrado em centros urbanos e pioneiro na formação a distância (via correio, Internet ou satélite). (Neves e Pronko, 2008, p.73-74)²⁵⁵

O debate que se instalou durante o ano de 2003, polarizou a disputa entre as forças conservadoras que lutavam pela manutenção do decreto n. 2.208/1997 e os setores progressistas da educação que procuravam (re)construir os princípios e fundamentos da formação dos trabalhadores sob uma perspectiva emancipatória, bloqueada por essa legislação. Esse debate culminou na aprovação do decreto n. 5.154, de 23/7/2004, um documento híbrido que expressa justamente esse processo de disputa. Embora contemple a articulação do ensino médio com o ensino técnico sob a forma integrada, que abre a possibilidade de uma formação baseada na perspectiva da politecnia, mantém as formas concomitante e subsequente, e a educação profissional tecnológica de graduação e de pós-graduação.²⁵⁶

Entretanto, a incorporação da forma integrada no decreto n. 5.154/2004, não garantiu uma organização do ensino médio baseado numa formação mais articulada entre ciência, cultura e trabalho (Frigotto, 2007).²⁵⁷ Principalmente considerando que a perspectiva de mudanças estruturais que rompessem com as desigualdades sociais, a efetiva universalização da educação básica e, integrada a esta, uma formação profissional que não se reduza ao adestramento pragmático do mercado, foi sendo abortada no decorrer do governo Lula da Silva. Segundo dados de Frigotto (2007), apenas 46% dos jovens têm acesso ao ensino médio

²⁵⁵ Segundo Neves e Pronko (2008), no primeiro governo Lula da Silva se estabelece mais claramente a distinção entre educação profissional e educação tecnológica. A primeira voltada para a oferta de cursos destinados à formação continuada (requalificação e atualização) para o trabalho simples e para o trabalho complexo. A segunda destinada à formação inicial para o trabalho complexo no ramo tecnológico da educação escolar. Para uma discussão sobre a educação tecnológica no ensino médio e no ensino superior, consultar também Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005). Especificamente sobre os cursos superiores de tecnologia, Campello *et al* (2009) chamam a atenção de que esse tipo de curso já estava previsto pela lei n. 5.540, de 28/11/1968, que trata da reforma universitária, ou seja, desde essa época já se previa a flexibilização do ensino superior pela oferta de modalidades diferentes de cursos para responder as necessidades do mercado de trabalho.

²⁵⁶ A forma integrada é dirigida aos concluintes do ensino fundamental que realizam numa mesma instituição escolar tanto o ensino médio como a formação profissional, prevendo, portanto, uma única matrícula. A forma concomitante se destina aos concluintes do ensino fundamental ou aqueles que estejam cursando o ensino médio, na qual a articulação com a formação profissional pode se dar na mesma instituição ou em instituições distintas, pressupondo a existência de matrículas distintas para cada curso. A forma subsequente é oferecida somente àqueles que tenham concluído o ensino médio. Para maiores detalhes do embate em torno da revogação do decreto n. 2.208/1997 e das mudanças introduzidas no decreto n. 5.154/2004, consultar Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005).

²⁵⁷ Frigotto (2007) enumera algumas razões que impediram o avanço do ensino médio integrado na atualidade. Entre elas, a falta de vontade política e recursos do governo federal, a resistência ativa de grande parte dos governos estaduais, responsáveis pela política de ensino médio, para implementá-la, bem como a acomodação das instituições educacionais às formas anteriores de organização do ensino. Além disso, diz que o próprio Conselho Nacional de Educação estabeleceu diretrizes que acabaram enquadrando o decreto n. 5.154/2004 dentro do espírito da tradição estreita da formação técnico-profissional, anulando assim, em grande parte, a revogação do decreto n. 2.208/1997.

na atualidade e mais da metade destes jovens o fazem no turno noturno e, na sua maioria, na modalidade supletiva. Os dados do Censo Escolar de 2006, segundo o autor, indicou uma diminuição de 94 mil matrículas no ensino médio regular, em relação a 2005, e um aumento de 114 mil no mesmo nível na educação de jovens e adultos (antigo ensino supletivo). A sua hipótese é de que a grande parte desses 94 mil tenha migrado para o ensino médio supletivo. De todo modo, para Frigotto, Ciavatta e Ramos (2005, p.44), a inclusão da forma integrada do ensino médio na legislação sinaliza

que a educação politécnica não é aquela que só é possível em outra realidade, mas uma concepção de educação que busca, a partir do desenvolvimento do capitalismo e de sua crítica, superar a proposta burguesa de educação que potencialize a transformação estrutural da realidade. O ensino médio integrado é aquele possível e necessário em uma realidade conjunturalmente desfavorável – em que os filhos dos trabalhadores precisam obter uma profissão ainda no nível médio, não podendo adiar este projeto para o nível superior de ensino – mas que potencialize mudanças para, superando-se essa conjuntura, constituir-se em uma educação que contenha elementos de uma sociedade justa.

No âmbito do setor saúde, ao contrário das expectativas depositadas no governo Lula da Silva de reversão do processo de privatização e sucateamento do SUS, o que se assistiu foi a edição de novas políticas de apoio e/ou tratamento fiscal diferenciado para a *burguesia de serviços de saúde*. Em 2004, sob pressão da Confederação Nacional de Saúde (CNSa) e da Frente Parlamentar da Saúde (FPS), o governo federal retrocedeu no aumento da alíquota da Cofins de 7,6%, mantendo-a no patamar anterior de 3,0% para as instituições privadas de saúde - hospitais, pronto-socorro, clínica médica, odontológica, de fisioterapia e fonoaudiologia, laboratórios de anatomia patológica, de análises clínicas, clínicas de diálise, raio X, radiodiagnóstico e radioterapia, quimioterapia e de banco de sangue. Em 2006, criou-se uma fonte permanente de recursos para atender ao problema das dívidas – com a Previdência Social, Fundo de Garantia e Receita Federal, dos estabelecimentos privados filantrópicos com o governo: a Timemania. Do total arrecadado desse concurso de prognóstico, 3% dos recursos vai para o Fundo Nacional de Saúde visando atender, exclusivamente, as Santas Casas de Misericórdia, as entidades hospitalares sem fins lucrativos e as entidades de saúde de reabilitação física de portadores de deficiência (Bahia, 2008).²⁵⁸

Outra modalidade de financiamento que continuou a operar exclusivamente para as Santas Casas e hospitais privados filantrópicos foi o Caixa Hospitais. Criado em 1998, esse programa governamental “estimulou a formação de um circuito mais amplo, no qual as

²⁵⁸ Lei n. 11.345, de 14/9/2006.

relações entre o público e o privado (secretarias de saúde e hospitais filantrópicos) confluem para o sistema financeiro” (Bahia, 2008, p.151). Nessa modalidade de financiamento os hospitais antecipam os valores a receber do Ministério da Saúde (MS) pelos serviços ambulatoriais e internações hospitalares a realizar, obtendo financiamento com prestações fixas em 12, 24 ou 30 meses. Ou seja, é um financiamento lastreado com recursos do MS, com a anuência das secretarias municipais e estaduais de saúde. Em 2007, a Caixa Econômica Federal (CEF) realizou 398 empréstimos no total de R\$ 551 milhões, o que impulsionou o crescimento da carteira de crédito da CEF para pessoas jurídicas e estimulou outros bancos, como Banco do Brasil, Banco Industrial, Banco Mercantil do Brasil, Nossa Caixa, Banrisul, a oferecerem programas de empréstimo semelhante (Bahia, 2008).

No final de 2008, com apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do MS, o BNDES lançou o Programa de Financiamento da Acreditação para os hospitais privados do país, através do Cartão BNDES. Como parte da política da ANS de fortalecimento dessas instituições, essa linha de crédito oferece taxas diferenciadas para os hospitais privados se prepararem para o processo de acreditação hospitalar. Aqueles que aderem ao programa tem acesso a dois cartões (Mastercard e Visa) em três instituições financeiras diferentes: Banco do Brasil, CEF e Bradesco. Cada um desses bancos oferece um limite de R\$ 250 milhões em financiamento, o que permite um crédito total de até R\$ 750 milhões. Segundo a CNSa (2009, p.8) “[a] instituição de saúde interessada em se acreditar poderá pagar os empréstimos em até 36 vezes, com taxa de juros fixa, sem custos de contratação ou anuidade e sem necessidade de seguro ou de garantias reais”.²⁵⁹

Em 2009, finalmente, foi aprovada a nova ‘lei das filantrópicas’ – lei n. 12.101, de 27/11/2009, que ao mesmo tempo torna mais rigorosa a concessão do certificado de

²⁵⁹ A acreditação dos hospitais vem sendo realizado, desde 1999, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma ONG caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo, com o objetivo geral de “promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País”. Foi fundada em 1995 pelas seguintes instituições: Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue, desligada em 2008), Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB, desligada em 2005), Confederação Nacional de Saúde (CNSa), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas (hoje Unidas), Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg), Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed do Brasil, desligada em 2002), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass, desligado em 2007). Ver sítio <http://www.ona.org.br> A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada pelo decreto n. 3.327, de 5/1/2000. ver sítio <http://www.ans.gov.br> Sobre a atuação da ANS consultar Bahia (2008). O apoio do BNDES às instituições filantrópicas é anterior ao governo Lula da Silva. Segundo Bahia, entre 1999 e 2007, através do Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas e Hospitais Estratégicos Integrantes do SUS, o banco liberou recursos da ordem de R\$ 810 milhões.

filantropia e flexibiliza o percentual obrigatório de ocupação dos leitos para atendimento ao SUS. Segundo essa lei, para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a instituição de saúde deverá comprovar o cumprimento de metas estabelecidas em convênio ou instrumento congênere celebrado com o gestor local do SUS e ofertar a prestação de serviços no percentual mínimo de 60% do atendimento, considerando o somatório das internações realizadas e dos atendimentos ambulatoriais prestados (art.4º). Entretanto, o hospital filantrópico considerado de excelência pode, alternativamente, para dar cumprimento a essa determinação, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando termo de ajuste com o Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação: estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde e; desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde (art. 11). Outra mudança introduzida pela lei é que os pedidos de concessão ou renovação da certificação, que até então eram solicitados ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), passam a ser atribuição dos Ministérios ligados às atividades da instituição.

Bahia (2008) chama a atenção para o fato de que a política de flexibilização e diferenciação dos hospitais filantrópicos já vinha sendo implementada desde 2002 através da criação da categoria ‘hospitais estratégicos’. Para a autora, essa forma de tratar determinados hospitais filantrópicos redefine de maneira radical a natureza da filantropia na saúde e subverte as regras de subordinação público-privada. “Este preceito legal não apenas admite hospitais categorizados como os melhores do setor privado como objeto de proteção fiscal, como também os credencia e incentiva a liderar pesquisas e programas de capacitação e gestão ‘de interesse público’” (Bahia, 2008, p.150).

Atualmente, o Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro, lançado em junho de 2009, parece radicalizar o processo de subordinação do público ao privado. Com o objetivo de mudar o modelo de gestão dos hospitais federais do estado,²⁶⁰ baseado numa administração atrelada a metas, resultados e qualidade, tal como ocorre nas instituições privadas, o MS firmou termo de ajuste com seis hospitais privado-filantrópicos do país. Reconhecidos por sua excelência nacional e internacional em termos de produção de conhecimentos especializados e experiências de

²⁶⁰ Hospital Geral de Ipanema, Hospital Geral dos Servidores, Hospital Geral do Andaraí, Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital Geral da Lagoa e Hospital Geral de Jacarepaguá.

gestão, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP), o Hospital do Coração (SP), o Hospital Israelita Albert Einstein (SP), o Hospital Samaritano (SP), o Hospital Sírio-Libanês (SP) e o Hospital Moinho dos Ventos (RS), agora denominados ‘hospitais de excelência a serviço do SUS’, fazem parte do Comitê Executivo²⁶¹ para a criação e organização da Rede Hospitalar Federal do Rio de Janeiro.

Baseado na medida provisória n. 446, de 7/11/2008, que está na origem da lei n. 12.101, de 27/11/2009, o MS converteu as isenções das contribuições sociais previstas a esses hospitais em um pacote de 111 (cento e onze) projetos, entre os quais, o de reestruturação da gestão dos hospitais federais do Rio de Janeiro com o objetivo de transferir a tecnologia de gestão dos hospitais privados para os hospitais públicos, preparando-os para o processo de acreditação hospitalar (certificação de qualidade).²⁶²

Essa proposta ao nosso ver não pode ser analisada desvinculada da proposta de criação da Fundação Pública de Direito Privado na área de saúde, atualmente em discussão no Congresso Nacional (PL n. 92, de 4/6/2007).²⁶³ Uma proposta rejeitada pela 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), mas que, por motivos diferentes, encontra apoio tanto no privado como entre quadros históricos do movimento sanitário.

De um lado, Ibañez e Vecina Neto (2007, p.1833)²⁶⁴ partem do pressuposto de que o que “[interessa é] fazer, entregar é consequência do fazer! A propriedade da organização que faz é uma questão secundária”. Desse ponto de vista, consideram que a proposta de Fundação Pública de Direito Privado é uma alternativa, desde que subordinada à política de saúde, seja legal, tenha eficiência gerencial (leia-se autonomia orçamentária e de pessoal) e que o Estado tenha capacidade de controlar a execução dos recursos e os resultados previstos no contrato de gestão. Nesse último caso, a experiência mais “iluminadora”, elogiada pelo Banco Mundial, é a do estado de São Paulo que “aprendeu a controlar o privado” (idem, p. 1839), isto é, as organizações sociais.

²⁶¹ Conforme portaria n. 2.397, de 8/10/2009.

²⁶² O conjunto dos projetos aprovados, que fazem parte dos termos de ajuste assinados em 2008 com cada hospital privado-filantrópico, podem ser encontrados no sítio www.hospitaisdeexcelencia.com.br Para maiores informações sobre o Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro ver o sítio http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1508

²⁶³ O PL 92/2007, regulamenta o inciso 19 do artigo 37 da Constituição e estabelece as áreas de atuação das fundações estatais, entre elas a saúde.

²⁶⁴ Um dos autores desse artigo, Gonzalo Vecina Neto, é da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Superintendente Corporativo e Diretor de Filantropia do Hospital Sírio-Libanês, e faz parte do Conselho Deliberativo da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), com sede em São Paulo.

De outro lado, Paim e Teixeira (2007), partindo da análise do *projeto* da reforma sanitária brasileira como parte de uma ‘totalidade de mudanças’ consideram que a sustentabilidade do SUS assenta-se em cinco pilares: econômico-financeiro; jurídico-legal; participação e controle social; constituição de sujeitos; e uma nova institucionalidade. Nesse último caso, os autores avaliam que diante dos retrocessos na gestão do SUS decorrentes das reformas neoliberais, do clientelismo político, das políticas de ajuste macroeconômico, da política monetária prevalecente e do desrespeito às disposições transitórias da Constituição e à Lei Orgânica da Saúde, é necessário a construção de novos formatos institucionais que reduzam a vulnerabilidade do SUS. Desse ponto de vista consideram que a criação da Fundação Pública de Direito Privado pode ser uma alternativa “contra a proliferação de privatizações, terceirizações, organizações sociais e outras formas de delegação de responsabilidade sobre a gestão de programas, serviços e recursos do SUS, que tendem a provocar sua fragmentação e desmonte” (Paim e Teixeira, 2007, p. 1824).

Para os autores, o essencial no processo de construção do SUS é a mudança do modelo de atenção à saúde. Por outro lado, não acham que esse modelo jurídico de Fundação esteja livre das vicissitudes do jogo político, na medida que dependendo da correlação de forças, “essa proposta pode apresentar-se mais conservadora ou progressista” (Paim e Teixeira, 2007, p.1828). Entretanto, entendem que a proposta tem potencial transformador considerando que o contrato de gestão aponta para a superação do pagamento por procedimentos; que pode instituir formas de trabalho não precarizadas, garantindo a profissionalização da gestão a partir de um corpo técnico estável com carreiras específicas e ingresso por concurso público; contribuir para a redução dos cargos de confiança derivados de indicações político-partidárias; ampliar o controle social através de conselhos curadores e consultivos, com representação dos usuários, trabalhadores e governo; e a indicação de dirigentes a partir de critérios de qualificação técnica e não como moeda de troca dos arranjos político-partidários.

O argumento de Francisco Batista Júnior, presidente do CNS, é similar ao de Paim e Teixeira (2007), ao considerar que o essencial é a mudança do modelo de atenção à saúde. Diz ele que,

[é] fundamental afirmarmos que nenhuma forma de gestão no SUS dará os resultados que esperamos e necessitamos se num curto prazo não fizermos o enfrentamento com o atual modelo de atenção, que alimenta inexoravelmente a demanda pela alta complexidade, e não fortalecemos a rede estatal SUS, de modo a diminuirmos sobremaneira a dependência do setor privado contratado, eixos vitais onde as corporações e grupos econômicos organizados se alimentam e se fortalecem. (Batista Jr., s.d., p.4)

Entretanto, a concordância termina aí, pois para o CNS (2009), ao contrário, não é necessário criar um novo ente jurídico para fortalecer o SUS. Na avaliação do Conselho, apesar da proposta prever a realização de concurso público, nada garante a sua realização diante das práticas de terceirização que também foram utilizadas como forma de burlar essa regra constitucional. O regime de contratação pela CLT abole a estabilidade no serviço público. Ao prometer salários de mercado, a proposta só aprofunda e institucionaliza uma situação existente de gritantes diferenças de remuneração entre os serviços e dentro de uma mesma categoria profissional num processo que desqualifica, desmotiva e desestimula a imensa maioria dos trabalhadores, comprometendo a qualidade do serviço prestado. A proposta das fundações aponta para planos de cargos e salários por fundação o que, segundo o CNS, não é compatível com a defesa de uma carreira que valorize todos em todos os serviços. As fundações propostas também não garantem a extinção das práticas clientelistas para a ocupação de cargos de gestão, a partir dos critérios usualmente utilizados de partidização e da falta de qualificação técnica dos ocupantes, inaceitável num serviço público impessoal, transparente e democrático.

Ao contrário dos argumentos utilizados para a criação dessas Fundações de que a administração pública brasileira é engessada, rígida e burocrática, na avaliação do CNS, é uma das mais avançadas, pois permite relativa autonomia dos serviços e contratação de trabalhadores por tempo determinado na impossibilidade de realização de concurso público. Para potencializar a autonomia e a agilidade administrativa propõe então a regulamentação do § 8º do art. 37 da CF²⁶⁵; um projeto de lei estabelecendo a profissionalização da administração/gestão do SUS a partir dos seus próprios quadros (regulamentação do inciso V do artigo 37 da CF²⁶⁶); a criação do plano de cargos, carreira e salários do SUS com responsabilidade das três esferas de governo, que estimule a qualificação profissional e a dedicação exclusiva; a alteração da lei de responsabilidade fiscal para o SUS, de modo a garantir o direito a saúde em sua plenitude e criando para os gestores as condições para

²⁶⁵ Art. 37 § 8º - “A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre: I - o prazo de duração do contrato; II - os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes; III - a remuneração do pessoal” (CF, 1988).

²⁶⁶ Art. 37, inciso V - “as funções de confiança, exercidas exclusivamente por servidores ocupantes de cargo efetivo, e os cargos em comissão, a serem preenchidos por servidores de carreira nos casos, condições e percentuais mínimos previstos em lei, destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento” (CF, 1988).

superar a precarização do trabalho e qualificar a gestão e; por último, que o MS tome a decisão política de incentivar técnica e financeiramente a estruturação das redes públicas de atenção primária e de referência em todos os municípios e estados da federação.

Diante da mobilização política capitaneada principalmente pelo CNS, o PL n. 92/2007 até o momento não foi aprovado. Desse conjunto de argumentações acima esboçadas, a posição do Conselho parece ser a mais coerente na defesa de uma política pública, estratégica e de Estado com a tarefa de gerir a rede pública de serviços de saúde e, particularmente a rede hospitalar do Rio de Janeiro. Na realidade, a proposta do PL n. 92/2007 está muito mais próxima dos interesses privados ao admitir que “[a] instituição de fundação pública com personalidade jurídica de direito privado somente poderá ser autorizada para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva de Estado” (art.1º § 2º). Para o governo Lula da Silva, saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, ensino e pesquisa, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social, promoção do turismo nacional, formação profissional e cooperação técnica internacional, não são atividades exclusivas do Estado. Só é considerada atividade exclusiva “aquela cujo desempenho exija o exercício do poder de polícia, ou em que, pela relevância e interesse público, o Estado atue sem a presença complementar ou concomitante da iniciativa privada” (art.1º § 3º).²⁶⁷

Em outras palavras, o governo Lula da Silva não só reatualiza as políticas de apoio e de proteção fiscal, principalmente às instituições privado filantrópicas, como também incorpora a mesma concepção de Estado do neoliberalismo da Terceira Via. Desse ponto de vista, a natureza pública ou privada das ações de saúde é irrelevante, o que ‘interessa é fazer’, tão ao gosto dos privatistas e da lógica mercantil. Nesse sentido, parece haver um movimento articulado entre o encaminhamento do PL n. 92/2007, a lei das filantrópicas e a criação da Rede Hospitalar Federal do Rio de Janeiro. São movimentos que apontam para a perspectiva de um perfil privado, porém público dos hospitais federais, sob o controle do privado.

Seguindo essa mesma trajetória parece não ser mera coincidência a elaboração de políticas de universalização dos planos privados de saúde para os servidores civis da União, que se desdobram no âmbito dos estados e municípios. Segundo Bahia (2008, p.172), apesar de ser “explicitamente contrária aos preceitos constitucionais, que vedam o repasse de

²⁶⁷ Estamos utilizando o 2º substitutivo do PL 92/2007, versão acessível no sítio <http://conselho.saude.gov.br/webfdp/projetolei.pdf>

recursos públicos para o setor privado” a transferência de recursos públicos aos planos privados visou antes de mais nada responder, através da ampliação de benefícios indiretos, às demandas salariais. O mais perverso nesse processo para a autora foi que os sindicalistas passaram a rotular essa política de universalização como uma conquista dos trabalhadores, o que configurou ao final do primeiro mandato do governo uma “ruptura radical dos discursos e práticas de parte do movimento sindical com a defesa da universalização do direito à saúde [...]” (Bahia, 2008, p.173).

Mas, nesse cenário que viemos elaborando até aqui, o que caracteriza a *burguesia de serviços de saúde*? Onde ela se concentra e qual é a sua identidade? Qual a diferença dos hospitais sob seu controle do conjunto dos hospitais privados? Antes de tudo, cabe ressaltar que os ‘hospitais de excelência a serviço do SUS’ selecionados pelo MS são todos associados à Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Portanto, de forma indicativa, vamos esboçar as características da *burguesia de serviços de saúde* a partir de um levantamento realizado no sítio da ANAHP, tomando como referência os hospitais-empresa ou hospitais-hotel vinculados a essa associação. Criada durante o Brasil Top Hospital – 1º Fórum Nacional de Hospitais Privados, realizado em Brasília em 2001, reúne conforme seu estatuto (art. 5º) as

instituições hospitalares privadas, com ou sem fins lucrativos, consideradas, em âmbito nacional, detentoras dos melhores padrões de qualidade em seus serviços médico-hospitalares, e que, tratando-se de entidades focadas majoritariamente no mercado de saúde privado, aquelas que atendam com maior frequência a planos de medicina suplementar e pacientes particulares, excluindo-se:

I - hospitais universitários;

II - hospitais controlados, direta ou indiretamente, por operadora de planos de saúde;

III - hospitais cujo controle direto ou indireto ou gestão esteja a cargo de pessoa física ou jurídica que mantenha relação com fontes pagadoras capazes de configurar conflito de interesses com o setor hospitalar e com a ANAHP. (ANAHP, s.d., p.4)

Portanto, reúne os hospitais privado-filantrópico e privado-privado considerados de excelência ou top de linha no Brasil. São 39 (trinta e nove) empresas, na sua maioria situadas na região Sudeste do país, principalmente no Estado de São Paulo. Esse levantamento indica que a característica distintiva da *burguesia de serviços de saúde* é a sua organização em torno de um complexo assistencial em saúde, agregando em torno de si uma rede de serviços próprios e terceirizados, como referido no estudo de Pires (1998), com atuação e especialização na área de alta complexidade. Uma área responsável pelos crescentes custos da atenção médico-hospitalar decorrente da incorporação de tecnologias de última geração, cujos

procedimentos realizados têm uma remuneração mais elevada do que outros remunerados pelo SUS (Bahia, 2008).

Esses hospitais-empresa se definem como empresas de alta complexidade tanto em termo de procedimentos como de tecnologias utilizadas, nas áreas de cardiologia, neurologia, pediatria, ortopedia, oncologia, gastroenterologia, urologia e nefrologia, entre outros. Dentre os procedimentos e cirurgias de alta complexidade encontramos: cirurgia cardíaca e neurológica, transplantes cardíaco, hepático, rim e medula óssea, procedimentos minimamente invasivos como, por exemplo, videocirurgia cardíaca, laparoscopia e artroscopia realizados com endoscópios de última geração, e atendimento a pacientes politraumatizados.

Dentre os trinta e nove hospitais-empresa, 40,0% são privado-filantrópico e 60,0% privado-privado²⁶⁸. Alguns fazem parte de *holding* que tem empreendimentos na área de *agrobusiness*, por exemplo, outros são vinculados à associações beneficentes que desenvolvem diversas ações na área assistencial, inclusive proprietárias de outros hospitais. Alguns hospitais-empresa estão organizados em rede como a Rede D'Or no Rio de Janeiro e a Rede Vita no Paraná e Rio de Janeiro. É comum reunirem em torno de si diversas empresas coligadas próprias ou terceirizadas na área de centros diagnósticos (laboratórios de análises clínicas e diagnóstico por imagem), banco de sangue, fisioterapia, *home care*, transporte aéreo, lavanderia hospitalar e escolas.

O projeto arquitetônico arrojado e o padrão da hotelaria hospitalar é equivalente aos melhores hotéis existentes, sendo considerado um diferencial em relação ao conjunto dos hospitais privados e uma forma de agregar valor ao empreendimento. Alguns incorporam à sua estrutura empresarial mini-shopping com farmácia, livraria, lojas, bancos, praça de alimentação e heliponto. Oferecem internet sem fio (*wireless*) acessível em todo o hospital, inclusive nos quartos, serviços de gastronomia, estética, manicure, floricultura e correio. Parece que há um investimento importante na informatização dos processos administrativos, na integração via rede dos diversos setores da área assistencial e alguns hospitais referem a adoção do prontuário eletrônico do paciente.

Desde 2009, a ANAHP passou a incorporar uma nova forma de gestão denominada 'Governança Corporativa' com o apoio do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa

²⁶⁸ O levantamento foi realizado no dia 7/2/2010, identificando-se 16 hospitais privado-filantrópico e 23 hospitais privado-privado. Dessas 39 empresas, apenas os sítios do Hospital Português (BA), Hospital Vita de Curitiba e do Hospital Vita de Volta Redonda, encontravam-se indisponíveis. Ver sítio www.anahp.org.br

(IBGC), uma associação de natureza cultural e de âmbito nacional, sem fins lucrativos, criada em 1994. Seguindo uma tendência do mercado financeiro esse conceito busca transformar empresas de perfil familiar em empresas modernas, isto é, busca modernizar a gestão com a perspectiva de abertura de capital na bolsa de valores e, conseqüentemente torná-las atraentes para o mercado. Para a ANAHP esse tipo de gestão é um

sistema pelo qual as sociedades são dirigidas e monitoradas, envolvendo os relacionamentos entre Acionistas/Cotistas, Conselho de Administração, Diretoria, Auditoria Independente e Conselho Fiscal. As boas práticas de Governança Corporativa têm a finalidade de aumentar o valor da sociedade, facilitar seu acesso ao capital [financeiro] e contribuir para a sua perenidade. (ANAHP, 2009, p.3)

Segundo o IBGC²⁶⁹, a Governança Corporativa surgiu para superar o ‘conflito de agência’, decorrente da separação entre a propriedade e a gestão empresarial. Nesta situação, o proprietário (acionista) delega a um agente especializado (executivo) o poder de decisão sobre sua propriedade. No entanto, como os interesses do gestor nem sempre estarão alinhados com os do proprietário (daí ocorrendo o ‘conflito de agência’ ou ‘conflito agente-principal’), propõe-se um conjunto de mecanismos de incentivos e monitoramento - constituição do conselho de administração, do conselho fiscal e o uso de auditoria independente - a fim de assegurar que o comportamento dos executivos esteja sempre alinhado com o interesse dos acionistas, evitando assim a possibilidade de abuso de poder, fraudes e erros estratégicos. Os princípios que regem as ações da Governança Corporativa são a transparência, a prestação de contas (*accountability*), a equidade e a responsabilidade social ou corporativa.

Não é possível afirmar a partir desse levantamento que essa forma de gestão seja uma realidade dos hospitais-empresa associados à ANAHP, mas uma tendência tendo em vista o que vem ocorrendo no âmbito internacional, como vimos neste trabalho, e o movimento que as empresas de plano e seguros de saúde vem realizando no país, tais como a Amil. Atualmente essa empresa médica é controlada pela Amil Participações S.A. (Amilpar), empresa formalmente criada em 2007, a partir da reunião de diversas empresas do grupo para a abertura de capital no mercado financeiro.²⁷⁰

²⁶⁹ As informações foram retiradas do sítio do IBGC, www.ibgc.org.br, em 7/2/2010. No sítio está disponível para *download* o ‘Código das melhores práticas de governança corporativa’, editado em 2009.

²⁷⁰ Em 2007, a Amil Participações Ltda, criada em 1991, se transforma na Amil Participações S.A., uma empresa de capital aberto que confunde a sua história com a própria trajetória da Amil Assistência Médica. Consultar

O que podemos afirmar é que existem depoimentos favoráveis a essa perspectiva como, por exemplo, da direção do Hospital Anchieta, sediado em Brasília, que declara apoio ao processo de implantação da Governança Corporativa. Dizem que o tema “entrou em pauta devido ao aumento da competitividade no mercado e a necessidade das empresas de desenvolverem um processo de gestão responsável e assim garantirem sua continuidade plena”.²⁷¹

A outra observação é a presença em quase todos os hospitais de ações de responsabilidade social. Essas ações são muito variáveis abrangendo atividades que vão desde parcerias com o Instituto Airton Senna e instituições beneficentes, até ações diretas dirigidas aos funcionários e comunidades. Essas últimas podem ser palestras, campanhas de saúde, feira da saúde, coleta seletiva de lixo, gerenciamento de resíduos, patrocínios de eventos esportivos e culturais, programas de voluntariado no interior do hospital, programas de saúde familiar comunitário, programas de rastreamento de câncer de mama, atendimento clínico e cirúrgico a crianças carentes, cursos de capacitação para a empregabilidade, Projeto Menor Aprendiz, Projeto Geração de Renda, Projeto Escola Profissionalizante e muitas outras ações.

Todas as empresas passam por processos periódicos de Acreditação através da Organização Nacional de Acreditação (ONA).²⁷² No plano internacional, algumas empresas são acreditadas por instituições como a *Joint Commission Internacional (JCI)*, *Telemedicine for the Mobile Society (Temos)*, *Vermont Oxford*, *Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (Niaho)* e *Accreditation Canada*. A busca pela certificação parece ser uma tendência visando agregar valor ao empreendimento e abrir novos nichos de mercado. Isso pressupõe uma reestruturação hospitalar que abrange a reorganização da assistência como, por

<http://www.amilpar.com.br> Consultar também o sítio <http://www.amil.com.br> e a matéria do portal exame já referida: <http://portalexame.abril.com.br/negocios/medial-amil-vira-maior-rede-hospitais-brasil-514187.html>

²⁷¹ Ver sítio <http://www.hospitalanchieta.com.br/>, link notícias: ‘4º Fórum Anchieta – Governança Corporativa, Sucessão e Sustentabilidade’.

²⁷² O processo de acreditação é voluntário e periódico realizado por Instituições Acreditadoras Credenciadas (IAC’s) pela ONA, tendo como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação. São elas: o Instituto Paranaense de Acreditação de Serviços em Saúde (IPASS), a Fundação Carlos Alberto Vanzolini (FCAV), o Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde (IAHCS), a Det Norske Veritas (DNV), o Instituto Qualisa de Gestão (IQG), a Germanischer Lloyd Certification South America (GL), a British Standards Institution (BSI) e o Sistema Nacional de Acreditação Ltda (DICQ). Dependendo da avaliação as empresas podem ser classificadas em três níveis diferentes: nível 1 – acreditada (certificado com validade de 2 anos); nível 2 – acreditada pleno (certificado com validade de 2 anos) e; nível 3 – acreditada com excelência (certificado com validade de 3 anos). O serviço de acreditação abrange Farmácias, Serviços Ambulatoriais, Terapêuticos e Pronto Atendimento, Serviços de Assistência Domiciliar, Serviços de Hemoterapia, Serviços de Laboratórios, Serviços de Lavanderia Hospitalar, Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva, Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear, e Serviços Hospitalares. É nos serviços hospitalares que se concentram o maior número de ações, com 33 acreditadas, 51 acreditadas pleno e 42 acreditadas com excelência, no total de 126 empresas certificadas, indicando assim que nem todos os hospitais-empresa acreditados existentes no país estão associados à ANAHP. Levantamento realizado em 7/2/2010 no sítio www.ona.org.br

exemplo, a padronização de procedimentos de enfermagem, a adoção de protocolos clínicos e prontuário eletrônico do paciente, a informatização e a organização em rede dos serviços assistenciais, e a incorporação de pessoal com escolaridade mais elevada. Abrange também a reorganização do espaço hospitalar em termos de hotelaria e fluxo de pessoas, da administração corporativa de produtos e processos, a terceirização de serviços e a adoção de novas práticas como *day clinic* e *home care*.

Mas, a grande preocupação com a acreditação hospitalar dessas empresas parece estar ligada não só com o fato de ser reconhecida como um dos melhores hospitais no âmbito nacional e/ou internacional, em termos de organização e qualidade de atendimento, mas também com a possibilidade de ser credenciada para prestar atendimento médico a pacientes estrangeiros. Uma forma de atendimento que pode ser permanente àqueles domiciliados no país e/ou eventual àqueles em trânsito que necessitem de socorro médico, ou do que vem sendo denominado de ‘turismo da saúde’. Uma modalidade de prestação de serviços que tem se desenvolvido no país, visando atender pacientes que vem especialmente se submeter a determinados procedimentos e cirurgias, no qual os custos são reconhecidamente mais baratos do que em seu país de origem.

Um dos exemplos dessa tendência é o Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, que se tornou referência no atendimento a pacientes estrangeiros. Detentor de recursos tecnológicos de última geração é credenciado por 46 (quarenta e seis) convênios internacionais, além dos convênios nacionais. A multiconveniência com diversos planos e seguros de saúde nacionais é outra característica de todos os hospitais-empresa, dirigindo-se preferencialmente ou quase exclusivamente aos segmentos de melhor renda, portadores de planos executivos que permitem acesso a quartos individuais e às tecnologias de ponta.

As áreas de pesquisa e ensino, a constituição de Comissão de Ética em Pesquisa e Serviço de Telemedicina também estão presentes nesses hospitais. O desenvolvimento da pesquisa clínica e/ou experimental está concentrada principalmente em São Paulo nos seguintes hospitais: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Sírio-Libanês. Em Porto Alegre, também ocorre no Hospital Moinho dos Ventos. Todos eles são ‘hospitais de excelência a serviço do SUS’. Envolvem estudos em diversas áreas do conhecimento como, por exemplo, oncologia, cardiologia, neurociências, medicina de urgência, hipertensão, diabetes e obesidade, genoma humano, células tronco e terapia celular. Entretanto, considerando o conjunto dos trinta e nove

hospitais-empresa, o levantamento indica que o hospital não precisa necessariamente realizar pesquisas diretamente, mas constituir comissão de ética em pesquisa visando potencializar a realização destas no seu interior, o que pode agregar *status* e servir para a atualização dos seus quadros profissionais.

O ensino é uma característica extremamente variável, mas todos os hospitais realizam cursos de nível básico e superior, em suas diversas modalidades, seja como forma de manter a atualização em termos tecnológicos e de procedimentos terapêuticos, seja para a formação de quadros profissionais. Nessa área, a maioria dos hospitais desenvolvem cursos de atualização e aperfeiçoamento através dos Centros de Estudos ou Centros/Institutos de Ensino e Pesquisa, outros desenvolvem também programas de residência médica e cursos de Pós-Graduação *latu sensu*.²⁷³ O Grupo Nossa Senhora de Lourdes e o Hospital Israelita Albert Einstein, ambos em São Paulo, são proprietários de Escola Técnica de Saúde que oferece cursos técnicos em diversas áreas, inclusive Enfermagem; o Hospital Moinho dos Ventos, em Porto Alegre, e o Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, mantém Escola de Enfermagem. Além da Escola Técnica, o Hospital Israelita Albert Einstein tem curso de graduação em Enfermagem e o Hospital Pró-Cardíaco, no Rio de Janeiro, mantém o Programa *Trainee* para Enfermeiro, Fisioterapeuta e Nutricionista recém graduados.²⁷⁴ Entre os trinta e nove hospitais-empresa, o único que tem Universidade Corporativa em Saúde é o Hospital Filantrópico Mãe de Deus, em Porto Alegre, com o objetivo de “ampliar e gerenciar o conhecimento de toda a cadeia de valor do Sistema de Saúde Mãe de Deus, alinhando o conhecimento institucional para suas estratégias e as necessidades do mercado da saúde”.²⁷⁵

Considerando o levantamento realizado, mas principalmente a prevalência da política monetarista adotada pelo governo Lula da Silva e sua possível continuidade, bem como as políticas de apoio aos hospitais privado-filantrópico e privado-privado, parece que a tendência é a ampliação da *burguesia de serviços de saúde* no país. As informações da ONA indicam que as associadas da ANAHP representam 1/3 dos hospitais-empresa que buscam a

²⁷³ Hospital Barra D’Or, Hospital Copa D’Or, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Mãe de Deus, Hospital Moinho dos Ventos, Hospital Nossa Senhora de Lourdes, Hospital Pró-Cardíaco, Hospital Santa Rosa, Hospital Sírio-Libanês, Hospital Português de Beneficência, Vitória Apart Hotel, Hospital Bandeirantes.

²⁷⁴ O Programa *Trainee* parece ser uma nova forma de incorporação de mão-de-obra barata, dirigido para recém formados, com a promessa de participação em futuros processos de efetivação no hospital. Os recém graduados em enfermagem devem ter até seis meses de conclusão do curso superior e são contratados para trabalhar como diarista nos seis primeiros meses. O tempo de duração do programa é de 11 meses. Os profissionais de fisioterapia devem ter até 12 meses de formados, sendo contratados por prazo determinado de seis meses em regime CLT. Os nutricionistas devem ter até 12 meses de formados, recebem bolsa auxílio durante 9 meses, prorrogável por mais 6 meses. <http://www.procardiaco.com.br/>

²⁷⁵ http://www.maededeus.com.br/ensino_conheca.asp?menupub=3&submenu=1

acreditação e, conseqüentemente um determinado padrão de excelência sob a ótica do capital na saúde. Por outro lado, o financiamento do processo de acreditação capitaneado pela Confederação Nacional de Saúde (CNSa) junto a ANS-BNDES, a abertura de cursos de graduação tecnológica em associação desta com a Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro (CNSa, 2005), e a organização do Sistema S da Saúde, apontam nessa direção.

Em 2005, ocorreu a primeira audiência pública no Senado Federal sobre a criação do Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (Senass) e do Serviço Social da Saúde (Sess),²⁷⁶ tal qual já existe na Indústria (Sesi/Senai), no Comércio (Sesc/Senac), Transportes (Sest/Senat) e Agricultura (Senar). À época, a estimativa era que a Confederação Nacional do Comércio (CNC), através do sistema Sesc/Senac, tinha uma arrecadação anual da ordem de R\$ 100 milhões, provenientes do imposto de 2,5% sobre a folha de pagamento dos estabelecimentos de saúde (CNSa, 2005). Atualmente a estimativa é de R\$ 250 milhões.

O Brasil reúne atualmente mais de 2,8 milhões de profissionais na área de saúde. São trabalhadores que, por se dedicarem à preservação da vida humana, necessitam de constante atualização a fim de dominarem não só conhecimento científico como as novas tecnologias disponíveis. Essa necessidade é o que motiva a aprovação do projeto de lei 131/2001, criando o Serviço Social da Saúde (Sess) e o Serviço Nacional de Aprendizagem em Serviços de Saúde (Senass). Atualmente em tramitação na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado, o projeto deve gerar, sem custo adicional para os contribuintes ou para as instituições de saúde, cerca de R\$ 250 milhões, verba prevista para ser administrada pela Confederação Nacional de Saúde (CNS) em conjunto com os trabalhadores. (CNSa, 2010)

Baseado na análise de Rodrigues (1998), apesar das empresas industriais, comerciais, de transporte e agricultura, custearem as entidades do Sistema S, daí o seu caráter privado, elas são de natureza pública na medida que foram criadas por decretos-lei que estabeleceram a cobrança compulsória de impostos a essas mesmas empresas. São esses impostos arrecadados pelo governo federal com base na folha de pagamento, que como os demais são repassados aos consumidores, que formam o fundo público que mantém o Sistema S como um todo, além de outros recursos do Tesouro Nacional. Portanto, o futuro Sistema S da Saúde também será de natureza pública e parece que essa disputa entre CNSa e CNC é fundamentalmente pelo acesso e controle do fundo público formado a partir das empresas de saúde.

²⁷⁶ A audiência foi realizada em 30/8/2005. Os representantes do setor saúde eram o Deputado Federal pelo PSDB-MG Rafael Guerra (Presidente da Frente Parlamentar da Saúde), José Carlos Abrahão (Presidente da CNSa) e José Caetano Rodrigues (Presidente da Confederação Nacional dos Trabalhadores de Saúde - CNTS). O setor comércio estava representado por Luiz Gil Siuffo Pereira (CNC), Lea Maria Sussekind Viveiros de Castro (CNC) e Josias Silva de Albuquerque (Federação do Comércio do Estado de Pernambuco – Fecomércio/PE).

Por iniciativa da CNSa, logo após a sua aprovação como entidade sindical de terceiro grau concedido em 2001 pelo Supremo Tribunal Federal (STF), o Projeto de Lei do Senado n. 131, de 7/8/2001 (PLS 131/2001) foi apresentado pelo ex-Senador Geraldo Althoff (PFL/SC). Para fortalecer o seu pleito e demonstrar que não se tratava de uma reivindicação isolada conseguiu reunir o apoio de diversos segmentos da sociedade civil e do Estado *scritto sensu*. Entre os quais, a Frente Parlamentar da Saúde (FPS), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Confederação das Misericórdias e Instituições Filantrópicas do Brasil (CMB), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), o Sindicato das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge), o Conselho Nacional de Auto Regulamentação de Medicina de Grupo (Conange), o Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog), a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), a Pastoral da Criança e os Ministérios da Saúde, Fazenda e Trabalho.

Segundo o relator do PLS 131/2001, Senador Sérgio Guerra (PSDB-PE), o Senass deverá “organizar, manter e administrar escolas de aprendizagem e centros de treinamento para os trabalhadores em estabelecimentos de serviços de saúde, além do aperfeiçoamento da mão-de-obra existente”. Enquanto o Sess “deverá desenvolver, executar e apoiar programas voltados à promoção social e humana dos trabalhadores em estabelecimentos de serviços de saúde”, em diversas áreas como saúde, alimentação, segurança no trabalho, educação, cultura, esporte, lazer e assistência à infância (Senado Federal, 2008, p.1).

Ambas as entidades serão dirigidas, respectivamente, por um Conselho Nacional, que definirá as políticas e diretrizes de cada serviço e elegerá sua Diretoria Executiva, em caráter tripartite e paritário (com representantes dos empresários, trabalhadores e governo), tanto no Conselho Nacional como nos Conselhos Regionais. As contribuições atualmente devidas pelos estabelecimentos de saúde ao Senac e ao Sesc passarão a ser recolhidas, nas mesmas alíquotas e prazos e pelo mesmo sistema, a favor do Senass e do Sess, respectivamente. Finalmente, os profissionais autônomos (médicos, dentistas, psicólogos e demais profissionais liberais) passarão a contribuir anualmente para o Sistema S da Saúde (Senado Federal, 2008).

As principais justificativas para a criação desse Sistema são baseadas em duas ordens de questões: a saúde não é comércio e a falta de prioridade e investimento do sistema Sesc/Senac em ações de saúde. No primeiro caso, os argumentos giram em torno de três razões. A primeira é que a atividade do profissional de saúde é cuidar do cidadão e o próprio Código de Ética Médica define que a medicina não pode ser exercida como comércio,

portanto, não é uma atividade comercial que visa o lucro, mas uma atividade social. Em segundo lugar, a própria lei reconhece que são atividades distintas, pois os estabelecimentos de saúde recolhem ISS e não ICMS.²⁷⁷ Por último, na área de saúde existe a filantropia e no comércio não existe estabelecimento filantrópico (Senado Federal, 2005).

No segundo caso, a análise do Senador Sérgio Guerra, é taxativa ao avaliar que a prestação de serviços do sistema Sesc/Senac aos trabalhadores de saúde, apesar dos expressivos recursos carreados, acumulou problemas graves e crônicos tanto no que diz respeito às atividades de assistência social como de capacitação profissional. Isso porque, segundo ele, a saúde nunca foi uma área prioritária para esse sistema, nem essas instituições detêm experiência e conhecimento no trato com a saúde. Portanto, as ações de formação profissional em saúde e de lazer educativo para os trabalhadores de saúde devem ser realizadas por quem detêm o conhecimento e o saber da área, mais especificamente as entidades patronais e profissionais. Na sua avaliação esse é um pré-requisito indispensável para a implantação de projetos que respondam aos anseios, necessidades e demandas das instituições e do mercado.

Não é demais enfatizar que, em um mundo globalizado e altamente competitivo, torna-se mais do que urgente as organizações terem, em seus quadros, profissionais de mais alta qualificação e capacitação. Em se tratando do setor de prestação de serviços de saúde, essa exigência é ainda maior. Além de a instituição de saúde ser uma das mais complexas que existem, o produto trabalhado é a própria integridade humana, que é um bem inestimável e insubstituível (Senado Federal, 2008, p.3).

Para reforçar a criação do Sistema S da Saúde relaciona uma série de argumentos do MS a favor da proposta da CNSa, com críticas ao sistema Sesc/Senac. Na avaliação do MS essa iniciativa contribui para a construção da relevância social da saúde e oferece um instrumento importante para o cumprimento da missão constitucional do SUS, no que se refere à qualificação e ao bem-estar dos recursos humanos em saúde. Ainda mais considerando que

mesmo após a entrada em vigor de legislação nacional que obrigava a profissionalização dos atendentes [de enfermagem] nas ações e serviços de saúde, [o sistema Sesc/Senac] não desenvolveu política setorial de educação profissional ou de proteção da empregabilidade ao pessoal ocupacional, obrigando políticas públicas do SUS para a formação do pessoal das áreas estatal, privada complementar ou suplementar e da iniciativa privada (MS, s.d. *apud* Senado Federal, 2008, p.4-5).

²⁷⁷ Imposto Sobre Serviços e Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços.

O MS está se referindo ao Profae, que financiou o Senac para a execução do projeto, como assinalado. Mas, a crítica implícita nessa avaliação é que de 1986 - ano da aprovação da lei n. 7.498/1986 - até o ano de 2000 - quando o Profae começa a ser operacionalizado -, o Senac não priorizou ou não utilizou os recursos do fundo público originário das empresas de saúde para a requalificação dos atendentes em auxiliares de enfermagem.

Infelizmente, não localizamos trabalhos sobre a trajetória de atuação do Senac na área de saúde. Essa é uma lacuna importante tendo em vista o protagonismo dessa instituição na coordenação e definição dos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico da Área de Saúde, em 2000, após a reforma dessa modalidade de ensino realizada pelo MEC.

Os argumentos da CNSa seguem a mesma direção do MS ao avaliar que só após a Confederação iniciar o processo de separação e independência da CNC é que o Senac começou a ter uma atuação mais concreta no setor saúde e mesmo assim recorrendo aos recursos do FAT e do Profae. Por outro lado, além de criticar a cobrança de cursos a preços de mercado pelo Senac, avalia que os cursos oferecidos, tais como, cursos de ótica, de podologia e estética, não interessam ao setor saúde. Segundo a avaliação da CNSa, os cursos prioritários são os das áreas de gestão e hotelaria hospitalar (Senado Federal, 2005).

Logo após a audiência pública, a CNSa celebra convênio com a Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro, em setembro de 2005, para a abertura da Escola Superior de Gestão em Saúde com o objetivo de oferecer cursos de graduação tecnológica superior profissionalizante e com planos de expansão para todo o país.²⁷⁸ Entre os cursos previstos arrola os de Auditoria e Faturamento Hospitalar; Gestão em *Home Care*; Ouvidoria em Saúde; Hotelaria Hospitalar; Gestão de Atendimento; Gestão de Custos em Saúde e Laboratorista (CNSa, 2005).

²⁷⁸ A Universidade Estácio de Sá iniciou suas atividades em 1970, como Faculdade de Direito Estácio de Sá, no Rio de Janeiro. Em 1996, cria seu curso de medicina, em 1997, o Instituto Politécnico Universitário, voltado para a graduação tecnológica e, em 1998, inicia sua expansão nacional para diversos estados brasileiros. Em 2007, obteve junto a Comissão de Valores Mobiliários – CVM, seu registro para negociação das ações de seu Capital Social na Bolsa de Valores de São Paulo (Bovespa), incorporando as boas práticas de Governança Corporativa. A Estácio Participações S.A. se apresenta como a maior organização privada do ensino superior no Brasil em número de alunos matriculados, em sua maioria jovens trabalhadores de média e média-baixa renda. Oferece aproximadamente 70 cursos de graduação, nas áreas de engenharia e tecnologia, saúde e ciências biológicas e sociais, incluindo cursos de graduação tecnológica, com até 2 anos e meio de duração a preços menores que os da graduação acadêmica. O campus Rio de Janeiro, atualmente oferece os seguintes cursos de graduação tecnológica em saúde: Beleza, Estética e Imagem Pessoal, Estética e Cosmética, Gestão Hospitalar, Radiologia e Segurança do Trabalho. Informações retiradas do site www.estacioparticipacoes.com.br e www.estacio.br

Os estudos de Campello e Lima (2007) realizados com base nas informações dos Censos da Educação Superior do MEC/Inep, indicam que a partir do ano 2000 ocorre uma explosão da oferta de cursos de graduação tecnológica em todas as áreas do conhecimento, no país, mais expressiva do que dos cursos de graduação acadêmica. Nos anos 2001, 2002, 2003 e 2004, enquanto os cursos acadêmicos experimentam uma expansão de 14,8%, 18,5%, 14,3% e 13,3%, respectivamente, os da área tecnológica se expandem em 22,8%, 42,3%, 79,6%, 58,0%, respectivamente. Ou seja, a expansão do ensino superior nesse período ocorre às custas principalmente dos cursos de formação de tecnólogos, configurando a ‘diferenciação para cima’ (Campello *et al*, 2009).

Quando destacamos os cursos de graduação tecnológica da área de saúde do conjunto total de cursos dessa modalidade, verificamos que se em termos absolutos o número de cursos tecnológicos de saúde são bem menores, em termos relativos, ao contrário, o que ocorre é um crescimento vertiginoso de cursos nessa área. Entre 2001, 2002 e 2003, enquanto o total de cursos superiores de tecnologia se expandem em 22,8%, 42,3% e 79,6%, respectivamente, os de tecnólogos em saúde crescem 88,9%, 177,0% e 100,0%, respectivamente.

Outro dado é que, no período 1991-1999, a oferta de cursos se concentrava nas áreas de equipamentos médico-hospitalares, radiologia e saúde visual. A partir do ano 2000, a oferta de cursos se ampliou para outras áreas, tais como, educação física, estética, gestão em saúde, nutrição e dietética, reabilitação, saúde bucal, saúde pública e segurança do trabalho. Essa expansão se deu a revelia do parecer do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovado em 2002, sobre a não pertinência de cursos tecnológicos na área de saúde (Campello e Lima, 2007).

Como Campello *et al* (2009, p.180) apontam essa explosão na área de saúde é decorrente fundamentalmente do aumento da oferta de vagas nas instituições privadas, pois “enquanto no setor público observa-se um crescimento de 404% entre 2000 e 2006, no privado a oferta cresce mais de 5.800%”. Estamos assim diante de um processo progressivo de ‘flexibilização’ do ensino superior associado à uma intensa privatização dessa modalidade de ensino, que decorre do caráter privatista das políticas educacionais adotadas a partir do final dos anos 1990 e que tem continuidade no governo Lula da Silva.

Neves e Pronko (2008) discutem a natureza privatizante das políticas educacionais nesse período e aprofundam a análise da ‘flexibilização’ das instituições escolares, que acabou sacramentando ao final dos anos 1990 a divisão entre instituições produtoras de

conhecimento e instituições formadoras para o mercado de trabalho. Sob esse último aspecto, as autoras destacam que nos anos iniciais do século XXI as instituições sindicais patronais, historicamente responsáveis pela formação técnico-profissional (leia-se treinamentos), passaram a implementar e oferecer também cursos tecnológicos de nível superior. Analisando o Relatório do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), de 2005, as autoras verificam “a existência de 49 cursos superiores e noventa cursos de pós-graduação em funcionamento” (Neves e Pronko, 2008, p. 78).

Nesse sentido, é possível levantar a hipótese de que para atender as necessidades de ampliação da *burguesia de serviços de saúde*, a CNSa poderá seguir a mesma tendência do Senai, priorizando cursos que potencializem a realização da cadeia de valor do empreendimento, como os negociados com a Universidade Estácio de Sá. Poderá ainda continuar realizando convênios com esta ou outras universidades, ou abrir a sua própria Escola Superior de Gestão em Saúde. A expansão dos cursos superiores tecnológicos para outras subáreas de formação em saúde também é possível, mas desde que atenda ao ‘imperativo do mercado’ privado de saúde, pois a lógica que comanda esse tipo de processo é sempre a de subordinação da escola e da formação profissional às necessidades do mercado.

Entretanto, cabe ressaltar que a formação de tecnólogos em saúde foi impedida nesse período por alguns conselhos profissionais, notadamente o de enfermagem. Através da resolução n. 269, de 18/4/2002, o Cofen vetou o exercício profissional a portadores de diploma de tecnólogo de enfermagem. Ou seja, o egresso desse tipo de curso está impedido de obter o registro profissional e, conseqüentemente o exercício da profissão. No Censo Escolar do Ensino Superior não há registro de oferta de curso tecnológico nessa área.

Por outro lado, essa tendência esboçada acima não significa abandonar as ações de treinamento e capacitação em serviço para todos os trabalhadores, inclusive para os trabalhadores técnicos de saúde, particularmente os de enfermagem. Em relação a esses últimos, a CNSa poderá utilizar eventualmente os recursos do fundo público e/ou outros recursos do Tesouro Nacional para, através das suas Federações e sindicatos patronais coligados, acelerar a requalificação dos auxiliares de enfermagem em técnicos de enfermagem. Da mesma forma, isso não significa necessariamente a extinção da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), mas potencialmente acena para seu esvaziamento ou sua maior subordinação aos ‘imperativos do mercado’ privado de saúde.

Esse cenário coloca para os trabalhadores da área de saúde o desafio que está posto para o conjunto da sociedade: a discussão sobre a função social do Sistema S, sobre a natureza da formação profissional dada por esse sistema e quem a define, e sobre a sua efetiva democratização. Na medida que é sustentado pelo fundo público compulsório, o Estado e a sociedade têm a obrigação de discutir a tendência crescente de transformação do Sistema S em ‘unidades de negócio’. Como aponta Frigotto (2007, p.1147),

[os] movimentos sociais, as organizações ligadas à classe trabalhadora e o Estado brasileiro devem exercer o controle para que os recursos públicos arrecadados pelo Sistema S tenham um fim claramente público. [...] Os tempos em que vivemos não permitem que a [formação profissional] seja efetivada na perspectiva unidimensional de ‘adestrar as mãos e aguçar o olho’ [...].

Para o autor (ibid., p. 1148),

a questão ética, política e jurídica é a seguinte: se o Sistema S ou parte dele quer ser empresa (unidade de negócio), até para que não haja concorrência desleal no mercado, é preciso que renuncie ao fundo público compulsório, devolva o patrimônio construído ao longo de mais de 50 anos e pague pela marca ou mude de nome. Em outros termos, ou o Sistema S utiliza o fundo público que recebe para políticas públicas orientadas pelo Estado, ou o Estado tem o dever político, social, econômico e ético de rever a legislação que cria este Sistema.

Entretanto, essa mudança de direção certamente exige contrariar os interesses poderosos da burguesia brasileira associada ao grande capital e, particularmente da *burguesia de serviços de saúde*. A realização dessa tarefa exige um Estado que encare de frente as reformas estruturais historicamente adiadas: a reforma agrária e a taxaço das grandes fortunas, para acabar com o latifúndio e a concentração da propriedade da terra; a reforma tributária e a inversão da lógica regressiva dos impostos, que penaliza os assalariados e contribui para a desigualdade da renda e; a reforma social que construa uma esfera pública que garanta de fato os direitos sociais.

O cenário é obscuro e árduo para o trabalho de organização popular e para as lutas de caráter emancipatório. Mas, como diz Fontes (2005), nem o processo histórico se circunscreve no âmbito do PT, nem a consciência aguda dos problemas derivam da sua exposição da mídia. “Deriva das *contradições reais* nas quais vive a maioria da população; uma tal consciência somente pôde se impor como problema nacional à medida que ocorreu um processo organizativo o qual, apesar da modificação encaminhada pelo [PT], permanece latente” (Fontes, 2005, p. 316, grifo da autora).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho é resultado de uma profunda inquietação acerca dos embates e polêmicas em torno da formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem. Essa inquietação começou quando, em 1999, o Ministério da Saúde (MS) divulgou uma pesquisa que estimava a presença de 225.000 trabalhadores sem qualificação profissional na área, os denominados atendentes de enfermagem, que atuavam tanto em hospitais públicos como privados. Como enfermeiro de formação eu conhecia a história da incorporação desse trabalhador nos serviços de saúde, mas imaginava que isso tinha sido superado com os esforços realizados pelo Projeto Larga Escala nos anos 1980. O resultado da pesquisa do MS, que está na origem do Profae, me impressionou tanto que eu comecei a me perguntar quem eram esses atendentes de enfermagem? Onde trabalhavam? Como aprendiam o seu ofício? Quais as práticas que realizavam? Enfim, comecei a me debruçar sobre a discussão da qualificação/desqualificação dos trabalhadores, ou da qualificação como relação social.

A partir daí comecei a procurar o meu objeto e no levantamento realizado à época, no ano 2000, acabei encontrando na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro homens e mulheres aposentados de variadas origens, mas que ainda trabalhavam como atendentes, outros mais novos que começaram a trabalhar como atendentes, mas já eram auxiliares de enfermagem. Foi a partir das entrevistas com eles, das suas trajetórias de vida e trabalho, e do levantamento da história das misericórdias, no país, que comecei a perceber as intrincadas relações de poder e exploração no interior do hospital, especialmente no interior da equipe de enfermagem, e as variadas formas de aprendizagem do ofício, formais ou não, que se estabeleciam entre os atendentes e entre eles e os médicos e/ou enfermeiros. Da mesma forma, descobri os práticos de enfermagem, categoria profissional reconhecida pela primeira lei do exercício profissional (lei n. 2.604/1955), e as disputas no interior da área em torno da formação profissional. Nesse momento, foi ficando cada vez mais claro que a discussão fundamental não era exatamente a qualificação/desqualificação dos atendentes, mas a compreensão dos embates em torno da formação profissional e da construção da hierarquia profissional envolvendo o conjunto dos trabalhadores técnicos: os atendentes, os auxiliares e os técnicos de enfermagem.

Agrega-se a isso o fato de começarmos a perceber logo depois, através dos levantamentos do Observatório dos Técnicos de Saúde da Escola Politécnica, que estava se esboçando uma tendência de eliminação dos auxiliares de enfermagem como categoria profissional por duas razões. A primeira é que o mercado de trabalho setorial, tanto os serviços públicos como privados de saúde, estão privilegiando a contratação de trabalhadores com o ensino médio completo, visto que os postos de trabalho de técnicos de enfermagem estão crescendo a uma taxa bem superior a dos auxiliares como vimos nesse trabalho. A segunda razão é que a partir de 2003, o Conselho Federal de Enfermagem passou a emitir apenas um registro provisório para os auxiliares. O registro definitivo como profissional da área passou a ser emitido apenas para aqueles que se tornarem técnicos de enfermagem num prazo de 5 anos.

Esse preâmbulo, em primeiro lugar, é para dizer que os trabalhadores técnicos entrevistados na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro são os responsáveis pelo mergulho que dei na temática da formação profissional em enfermagem e a eles quero render essa homenagem. Se eu não tivesse contato com eles talvez o trabalho fosse outro, não esse. De certa forma, o segundo capítulo deste trabalho é a ‘cara’ deles, foram eles que permitiram a sua elaboração, que descortinaram as possibilidades de estudo. Eles não sabem, mas aqui estou agradecendo a oportunidade que me deram.

Em segundo lugar, dizer que é muito difícil dar um ponto final ao trabalho. O processo de investigação é cansativo e excitante ao mesmo tempo. Leva a caminhos não pensados originalmente, destrói certezas, faz descobrir os seus limites, mas também vai desvendando novas temáticas e um ‘mundo’ de relações ou de múltiplas determinações. No início eu tinha uma idéia na cabeça e algumas perguntas, mas no processo milhares de outras perguntas foram aparecendo e o ‘objeto’ foi ocupando muitos espaços. Esse é um dos motivos do caráter ‘oceânico’ deste trabalho, no sentido da sua extensão.

Na verdade, consideramos que esse trabalho ‘fecha’ uma reflexão e abre uma nova agenda de investigação, na medida em que o tempo, os limites desse pesquisador ou o próprio recorte não permitiram aprofundar determinadas questões. Esse é o caso, por exemplo, da tramitação do projeto de lei²⁷⁹ do Senado Federal, de autoria do Senador Tião Viana, do PT-

²⁷⁹ Em 22/01/2007, o PL nº 5/2002 foi arquivado e, em 13/02/2007, reapresentado pelo Senador Tião Viana sob o nº 26/2007. O projeto altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, para estabelecer prazo para a concessão de registros aos atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem e às parteiras, bem como para assegurar a esses profissionais acesso diferenciado aos cursos de graduação de nível superior em enfermagem.

Acre, que sob o argumento da melhoria da qualidade da assistência e da perspectiva de crescimento e acesso a salários dignos desses trabalhadores, propõe o acesso diferenciado aos cursos de graduação em enfermagem para que todos se tornem enfermeiros de nível superior num prazo de 10 anos após a aprovação da lei. No limite, essa proposição está apontando também para a eliminação dos técnicos de enfermagem como categoria profissional da área. O que significa “acesso diferenciado aos cursos de graduação”? Essa “diferenciação para cima” garante a melhoria da qualidade de assistência e salários justos para a categoria? Quais os interesses que estão em jogo nessa proposta? Como a corporação de enfermagem (Aben, Cofen e Sindicatos) vem enfrentando essa discussão? Essas são algumas questões para futuras investigações.

Foi a partir desses fenômenos que comecei a perguntar o que poderia explicar essas mudanças na hierarquia profissional da enfermagem, se o processo de trabalho em saúde estava exigindo maior escolaridade e que mudanças estavam ocorrendo no setor saúde e na sociedade brasileira. Para explicar esses fenômenos recorri às categorias de totalidade e historicidade. Esses dois conceitos guiaram a investigação procurando, de um lado, relacionar a formação profissional desses trabalhadores com os aspectos econômicos, políticos e sociais mais amplos, e com a política de saúde em particular, e por outro lado, verificar a sua configuração e transformação em determinados períodos históricos, pois que constituída no tecido das mediações sociais e no plano das contradições e, em nossa sociedade dos conflitos e antagonismos. Associado a esses dois lancei mão também dos conceitos de trabalho simples e trabalho complexo, buscando a partir deles perceber as alterações periódicas que ocorreram no conteúdo e na forma de preparação para o trabalho na área de enfermagem, no Brasil.

A tese defendida aqui é a de que existe na atualidade brasileira uma tendência geral de aumento da escolaridade desses trabalhadores tornando o técnico de enfermagem junto com o enfermeiro de nível superior as principais categorias profissionais da área. Parti do entendimento que esse aumento de escolaridade decorre simultaneamente de diversos fatores: da mobilização da corporação de enfermagem, particularmente da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben), que desde os anos 1950 começa a construir uma proposta de trajetória escolar e profissional que aponta para a extinção dos auxiliares de enfermagem e sua transformação em técnicos; da ação das forças sociais que reunidas em torno do então denominado movimento da reforma sanitária brasileira, nos anos 80, reivindicam o direito a

saúde da população, mas também o direito ao acesso à escolarização e formação profissional do amplo contingente de atendentes em auxiliares; das políticas neoliberais que começam a ser implementadas nos anos 1990 e que se manifesta nas iniciativas de reforma do Estado brasileiro. Além disso, decorre também das políticas governamentais de cunho privatista na área de educação e saúde, particularmente das políticas de apoio às instituições privadas da área de saúde, nos anos 1990 e 2000, que vem contribuindo para o fortalecimento do que estamos denominando de burguesia de serviços de saúde e; também, de uma tendência a maior racionalização do processo de trabalho em saúde com a introdução de inovações tecnológico-organizacionais no espaço hospitalar.

Para efeito de análise, o estudo foi dividido em três períodos: o primeiro compreende dos anos 1920 aos anos 1950; o segundo vai dos anos 1960 aos anos 1980; e o terceiro dos anos 1990 aos anos 2000. A exposição do trabalho, entretanto, foi organizado em quatro capítulos. No primeiro faço uma reconstituição histórica do hospital e da profissionalização dos trabalhadores técnicos de enfermagem na Inglaterra e nos EUA, desde a fase mercantilista até a fase monopolista do capitalismo. Esse capítulo foi construído em razão da trajetória do nosso objeto que tem a sua história de profissionalização intimamente vinculada ao desenvolvimento do hospital, mas também porque parti do pressuposto que o recorte da análise em torno do trabalho hospitalar permitiria apreender com mais clareza determinadas relações que a formação profissional desses trabalhadores mantém com as relações sociais mais amplas, especialmente com os interesses privados no interior do setor saúde.

No segundo capítulo, procurei demonstrar as disputas e tensões entre os enfermeiros profissionais e os práticos de enfermagem em torno do reconhecimento profissional, no Brasil, no período de 1920 até 1950, assim como a criação da categoria de auxiliares, em 1949, e o início da discussão de uma proposta de trajetória profissional na área. É um período caracterizado por aquilo que Mello (1990) denomina de “industrialização restringida”, da dominância da prática médica autônoma, do baixo empresariamento do setor saúde, do monopólio das instituições religiosas e filantrópicas na assistência à saúde, aliado ao fato de que a assistência médica aos segurados da Previdência Social só seria definida como um direito a partir da CF de 1946. Essas são as razões para o relativo atraso das iniciativas de formação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde, de maneira geral, e os de enfermagem em particular, quando comparado com as iniciativas voltadas para a qualificação da mão-de-obra industrial.

No terceiro capítulo, que compreende o período 1960-1980, discuto as mudanças que ocorreram na sociedade brasileira com a emergência do capitalismo monopolista, no país, o desenvolvimento da “industrialização pesada”, a dominância da cultura urbana sobre a agrária, a recomposição das classes sociais após a golpe militar em 1964, a transformação do setor saúde em setor de acumulação de capital e de interesse capitalista, a organização do complexo médico-industrial e médico-empresarial com apoio do Estado, assim como a organização e consolidação do que Oliveira e Teixeira (1986) denominam, à época, de “burguesia empresarial nacional na área de saúde”. A partir dos anos 1970, as mudanças qualitativas que se verificam na sociedade e no trabalho em saúde passam a exigir cada vez mais trabalhadores de enfermagem com o ensino fundamental, mas também com o ensino médio, e é nesse contexto que avança a discussão sobre a formação dos técnicos, protagonizada pela Associação Brasileira de Enfermagem. Baseado na legislação educacional, à época, procurei demonstrar que o projeto que estava sendo construído pela ABen era a extinção dos auxiliares visando a existência de apenas duas categorias profissionais na área: os técnicos e os enfermeiros. Entretanto, a forma como foi encaminhado o modelo de assistência à saúde, no país, de privilegiamento da mercantilização da saúde e da industrialização da doença, a própria organização do trabalho de enfermagem e a abundância de mão-de-obra disponível no mercado de trabalho, particularmente feminina, determinou a incorporação do grande contingente de atendentes de enfermagem.

Dos anos 1980, resgatei o debate em torno da formação dos trabalhadores técnicos de saúde no contexto do processo de redemocratização da sociedade brasileira, das discussões em torno dos projetos de extensão de cobertura dos serviços de saúde e, principalmente da reestruturação do sistema de saúde, cuja maior expressão foi a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988. É nesse contexto que começa a ser construída a proposta do Projeto Larga Escala que se torna a principal estratégia de formação na área, tendo como objetivo a qualificação do amplo contingente de trabalhadores sem formação profissional que atuavam nos serviços de saúde, e a proposta de educação politécnica, visando a formação de novos quadros profissionais integrada com o ensino médio. A análise busca demarcar as diferenças de conteúdo e forma de ambas as perspectivas, sinalizando que apesar das diferenças são propostas que não se excluem, mas que é preciso avançar na discussão da formação integral dos trabalhadores técnicos de saúde na perspectiva politécnica.

O quarto e último capítulo abrange os anos 1990 e 2000, e trata das mudanças do capitalismo mundial com a emergência da doutrina neoliberal e suas metas principais de liberalização, desregulamentação e privatização; do novo modo de acumulação capitaneado pela esfera financeira; da reconfiguração da matriz neoliberal com a sistematização das idéias da Terceira Via de Tony Blair; do ajuste neoliberal que passa a ocorrer nas áreas de saúde e educação a nível mundial, a partir dos anos 1980, e do papel dos organismos internacionais, notadamente do Banco Mundial, junto aos países e, particularmente junto à Organização Mundial de Saúde. Parti do pressuposto que para entender as mudanças que se verificam no Estado e na sociedade brasileira, assim como nas políticas de saúde e educação, especificamente na formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem nesse período, era necessário contextualizar esses fenômenos.

Nesse sentido, cabe destacar da análise que desde o início da sua elaboração, o projeto neoliberal é um projeto político de restabelecimento das condições de acumulação do capital e de restauração do poder da classe dominante, como diz Harvey (2008). Para isso, o capital tanto teve que disputar com o trabalho a destinação do fundo público e tornar a esfera financeira o novo modo de produção da riqueza, como atacar as formas de organização da classe trabalhadora e construir o consenso em torno dos valores da concorrência, da competitividade e do espírito empreendedor.

A segunda questão é a redefinição do papel do Estado brasileiro da sua função anterior de produtor e executor direto de bens e serviços, para a de Estado Gerencial a partir da segunda metade dos anos 1990, com a função de regular, promover e coordenar o desenvolvimento em parceria com o mercado e com organismos da sociedade civil, um projeto denominado atualmente de ‘novo desenvolvimentismo’. É nesse cenário de *reconstrução do Estado* e de reorganização política da burguesia brasileira que se constrói o conceito de público não-estatal. Um conceito que vai naturalizando a privatização das políticas públicas de saúde e educação e tornando indiferente se a oferta desses serviços é pública ou privada, na medida em que se tornam serviços não-exclusivos do Estado ou serviços sociais competitivos, da mesma forma que vai configurando um processo no qual a privatização vai se tornando uma política de Estado. Uma perspectiva que se materializa com o governo Fernando Henrique Cardoso e se mantém no governo Lula da Silva.

A terceira e última questão diz respeito às mudanças qualitativas que se operam na produção da existência capitalista, com a introdução de novas tecnologias de informação e

comunicação baseadas na microeletrônica, tanto na vida cotidiana da população como no interior do processo de trabalho. Sob esse último aspecto, a reestruturação dos hospitais privados, no país, começa a se dar de forma mais sistêmica a partir da segunda metade dos anos 1990, concomitantemente com o processo de reestruturação produtiva das empresas industriais.

É a partir desse quadro de referências que discuto a contrarreforma inconclusa do SUS, a organização da burguesia de serviços de saúde no país, e os novos rumos que começam a se esboçar para a formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem nos anos 2000 e, de maneira geral para os trabalhadores técnicos de saúde. Em relação à contrarreforma do SUS, ela não foi mais radical porque o direito à saúde não chegou a ser desconstitucionalizado nos anos 1990, o que não impediu o avanço da privatização do sistema de saúde brasileiro. Sob novas bases e de diferentes formas, o processo de privatização teve continuidade através de diversas políticas governamentais de apoio ao setor privado; com a criação das organizações sociais e fundações privadas, e das múltiplas formas de terceirização de serviços e associação com planos de saúde no interior das instituições públicas.

Nesse período, concomitantemente, vai ocorrendo um movimento de relativa indiferenciação das atividades dos provedores privados, empresas médicas e seguradoras de saúde, bem como uma convergência de interesses destas contra uma eventual estatização na área da saúde e pela manutenção da saúde financeira das empresas, cuja expressão política é a organização da Confederação Nacional da Saúde (CNSa), que agrega todos esses setores, inclusive o que denomino de burguesia de serviços de saúde. Uma parcela dessa burguesia está organizada atualmente em torno da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), criada em 2001, e parece se caracterizar por sua organização em torno de um complexo assistencial em saúde, funcionando como uma rede de serviços próprios e terceirizados; por sua atuação e especialização na área de alta complexidade; pela multiconveniência com planos e seguros de saúde; pela busca da certificação no âmbito nacional e internacional; por práticas de governança corporativa; e pela incorporação do ensino e da pesquisa no interior dos hospitais. A partir da segunda metade dos anos 1990, essa burguesia adere às novas diretrizes de competitividade, reestruturação produtiva, que envolve mudanças tecnológico-organizacionais do trabalho em saúde e de enfermagem, e mais recentemente às novas estratégias de acumulação de capital junto ao mercado financeiro. Por

outro lado, por iniciativa da Confederação Nacional da Saúde, vem tramitando no Senado Federal a proposta de constituição do ‘Sistema S da Saúde’ que aponta para uma maior subordinação da formação dos trabalhadores técnicos aos interesses do mercado ou dessa burguesia. Essa subordinação parece demarcada por duas tendências: para a formação de tecnólogos em saúde que potencializem a cadeia de valor do empreendimento (Gestão em Home Care, Hotelaria Hospitalar, Gestão de Custos em Saúde, etc.) e para uma crescente flexibilização de direitos e de intensificação do trabalho.

Para finalizar, esse estudo procurou demonstrar que na área de enfermagem se consolida a tendência do técnico de enfermagem se tornar o único trabalhador responsável pelo trabalho simples e complexo na área, junto com o enfermeiro de nível superior. O estudo envolveu um esforço de superar as análises fragmentárias e pontuais da relação trabalho-saúde-educação, no que diz respeito à formação desses trabalhadores, procurando analisar os determinantes do aumento da escolaridade no conjunto das relações sociais e não apenas no processo de trabalho. A aposta nesse tipo de estudo certamente deixou lacunas que poderiam ser melhor aprofundadas e esclarecidas como, por exemplo, a própria discussão em torno da burguesia de serviços de saúde e suas articulações no interior da aparelhagem estatal na definição do SUS real, a sua organização, os interesses conflitantes no seu interior, a sua associação com o capital internacional e projetos específicos como as parcerias público-privadas na saúde, uma proposta que aponta para a radicalização da mercantilização na área e maior subordinação do SUS aos interesses privados.²⁸⁰ Outra lacuna, já apontada, é a discussão sobre a proposta de tornar todos os trabalhadores de enfermagem em enfermeiros de nível superior e suas relações com os interesses do mercado educativo e da corporação de enfermagem; e, por último, sobre a relação possivelmente existente entre o “novo universalismo” e a “nova saúde pública”, entre outros. De todo modo, considero que a identificação dessas lacunas já é meio caminho andado para a abertura de novas rotas de pesquisa que poderão ser exploradas daqui para frente por outros estudos.

²⁸⁰ Essa proposta vem sendo discutida desde 2008, com base na lei n. 11.079, de 30/12/2004, aprovada no governo Lula da Silva. A entrevista do presidente da Comissão Científica do IV Congresso Latino Americano de Administradores de Saúde, realizado em 2008 e cujo tema central foi PPP na Saúde, Gonzalo Vecina Neto, esclarece muito bem a idéia da proposta e o que está em jogo nesse processo. Ver: www.saudepolitica.blog.br

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Laurinda. O papel das Misericórdias dos ‘lugares de além-mar’ na formação do Império português. **História, ciências, saúde – Manguinhos**, v. 8, n. 3, p. 591-611, set.-dez. 2001.

ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de; PIRES, Denise Elvira Pires de. O movimento participação (MP): uma contribuição à história da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 54, n.2, p. 174-184, abr./jun. 2001.

ALMEIDA, Célia. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. **Saúde e Sociedade**. v.5, n.1, p. 3-53, 1996.

_____. **As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?** 1995. Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1995.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

AMMANN, Safira Bezerra. **Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1980.

AMORIM, Maria José Arléo Barbosa. A ABEn e o PIPMO no preparo do atendente de enfermagem: relato de uma experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 32, n.2, p. 183-212, abr.-jun. 1979.

ANDREAZZI, Maria de Fátima S. de; KORNIS, George Edward M. Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos anos 90. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 157-191, 2003.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.

AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

_____. A reforma sanitária brasileira. **Tema. Radis**, v. 11, p. 2-4, nov. 1988.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. **Estatuto Social da Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP**. São Paulo, s.d. Disponível em: <www.anahp.org.br>.

_____. Governança corporativa. **Panorama ANAHP**. São Paulo. mar./abr., 2009.

BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o desenvolvimento mundial. **O Estado num mundo em transformação**. Washington: Banco Mundial, 1997.

BAHIA, Ligia. A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal, 1998-2008. In: MATTA, Gustavo C.; LIMA, Julio César F. (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 123-185.

BAHIA, Ligia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2005, p. 407-449.

_____. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, Barjas; Di GIOVANNI, Geraldo. (Orgs.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, SP: Unicamp, IE, 2001, p. 325-361.

_____. **Oferta e produção de serviços de saúde no Brasil na década de 80: um estudo exploratório**. 1991. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1991.

_____ et al (Orgs.). **Planos de saúde no Brasil: origens e trajetórias**. Rio de Janeiro: LEPS/UFRJ, 2005a.

BAPTISTA, Tatiana W. de F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 615-626, mar., 2007.

BARRADAS, Anésia Maria da Silva. **“Fábrica PIPMO”**: Uma discussão sobre política de treinamento de mão-de-obra no período 1963-82. 1986. Dissertação (Mestrado) - IESAE/FGV, 1986.

BARREIRA, Ieda de Alencar. Transformações da prática da enfermagem nos anos 30. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 52, n. 1, p.129-143, jan./mar. 1999.

BATISTA Jr. Francisco. **Gestão do SUS: o que fazer?** Brasília: MS-CNS, s.d. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webfdp/gestaonosus.pdf>>.

BENCHIMOL, J. L. **Pereira Passos: um Haussman tropical: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX**. Rio de Janeiro: SMCTT, 1990.

BERNAL, Richard L. La globalización de la atención de la salud: oportunidades para el Caribe. **Revista de la CEPAL**, 92, ago., 2007.

BERNARDES, Irmã Antonieta M. B. Função da enfermeira religiosa na atualidade brasileira. **Anais de Enfermagem**. São Paulo. v. 5, n.1, jan. 1952.

BOITO JR, Armando. **Política neoliberal e sindicalismo no Brasil**. São Paulo: Xamã, 1999.

BONFIM, José Ruben de Alcântara. Economic Value of Health: ensaio quase esquecido. **Rev. Bras. Epidemiologia**. v. 1, n. 3, p. 298-302, 1998.

BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Loic. **A nova bíblia de Tio Sam**. Tradução: Teresa Van Acker. Disponibilizado originalmente no site do Fórum Social Mundial 2001. Biblioteca das Alternativas. <<http://www.forumsocialmundial.org.br>>.

BORGES, Maria Valderez. Relatório da Comissão Especial de Estudo da Situação do Atendente. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro, ano 19, n. 5-6, out.-dez. 1966.

BRAGA, José Carlos de S., PAULA, Sérgio Góes de. **Saúde e previdência. Estudos de política social**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

BRASIL. Departamento Nacional de Saúde Pública. **A enfermeira moderna: apelo às moças brasileiras**. Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas da Inspeção de Demografia Sanitária, Educação e Propaganda, 1922.

BRASIL. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências.

_____. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

_____. **Projeto de Lei do Senado n. 5, de 2002**. Altera os arts. 20 e 23 da Lei. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências, para estabelecer prazo a partir do qual não serão concedidos novos registros de atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem e de parteiras, assegurar aos profissionais existentes acesso diferenciado aos cursos de graduação de nível superior em enfermagem e dar outras providências.

_____. Senado Federal. **Minuta do Parecer da Comissão de Assuntos Sociais sobre o Projeto de Lei do Senado n. 131, de 2001, que cria o Serviço Social da Saúde (SESS) e o Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (SENASS)**. Brasília, 2008.

_____. Senado Federal. **Relatório da Audiência Pública do Projeto de Lei do Senado n. 131/2001 que cria o Sistema S da Saúde**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social/Inamps. **Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio**. Brasília, 1987.

_____. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, Imprensa Oficial, 1995.

_____. **A Reforma administrativa do sistema de saúde**. Brasília: MARE, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Avaliação Institucional do PROFAE: principais resultados até dezembro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. 2000-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Perfil das ações do técnico de enfermagem no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Projeto de Profissionalização os Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Formação**. Brasília, v.1, n.1, jan., 2001.

_____. **Perfil de ações do auxiliar de enfermagem no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, maio, 2001.

_____. **Referências conceituais para a organização do sistema de certificação de competências/PROFAE**. Brasília: Ministério da Saúde, jul. 2000.

_____. **Modernização e fortalecimento das escolas técnicas do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, [19--?].

_____. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília, 1993.

_____. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, out., 1986.

_____. **Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde:** Formação de Pessoal de Níveis Médio e Elementar pelas Instituições de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1982.

_____. **IV Conferência Nacional de Saúde.** Rio de Janeiro, 1967.

_____. Ministério da Educação. **Escolas Técnicas de Saúde:** subsídios para sua implantação. Brasília: Ministério da Educação, dez. 1989.

_____. Departamento de Ensino Supletivo. **Suplência Profissionalizante. Provas. Habilitações:** Enfermagem e Laboratórios Médicos. Brasília: MEC, 1975.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista:** a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

BRIGHTON, Labour Process Group. O processo de trabalho capitalista. In: DA SILVA, T.T. (Org.). **Trabalho, educação e prática social.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991, p. 15-43.

BROW, Theodore M.; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.623-47, jul.-set. 2006.

BRUM, Argemiro J. **O desenvolvimento econômico brasileiro.** 10. ed., Petrópolis: Vozes-FIDENE, 1991.

CAMPELLO, Ana Margarida et al. O ensino como negócio: a expansão da oferta dos cursos de formação de tecnólogos em saúde no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, p. 175-190, 2009. Suplemento.

CAMPELLO, Ana Margarida B.; LIMA, Julio César F. **Formación de tecnólogos en salud en Brasil:** tendencias y situación actual. I Congreso de Tecnología de la Salud. Habana-Cuba, 2007.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na era Vargas:** o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento:** Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 2006, p. 417-442.

_____. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.33, n.81, p.47-55, jan./abr. 2009.

CARDOSO DE MELO, J. A. Educação sanitária: uma visão crítica. **Cadernos do Cedes.** São Paulo: Cortez; Autores Associados, n.4, p.28-43, 1981.

CARVALHO, Anayde C. **Associação Brasileira de Enfermagem. 1926-1976.** Documentário. Brasília, ABEn, 1976.

CARVALHO, Amílcar José; WANDERLEY, Livio Andrade. Ação pública e pobreza sob a teoria de Myrdal. **Bahia Análise & Dados.** Salvador, v. 17, n. 1, p. 695-705, abr./jun. 2007.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social:** uma crônica do salário. Tradução de Iraci D. Poleti. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CASTILLO, Alcira; MANFREDI, Maricel. **Estudio sobre la situación de la formación de personal técnico en salud:** algunos países de la Región. Washington, D.C.: OPS, 1999.

CASTRO, Ieda Barreira e. Atuação da Associação Brasileira de Enfermagem junto ao Programa Intensivo de Preparo de Mão-de-Obra, do Ministério da Educação e Cultura. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Belo Horizonte, ano 25, out./dez., n. 5, 1972.

CASTRO, Janete Lima de. **Protagonismo silencioso:** a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Natal-RN: Observatório RH-NESC UFRN; Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2008.

CASTRO, Nadia Araújo. Organização do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna. In: **Coletânea CBE**, 2. ed., Campinas: Papirus, 1994, p.69-83.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (Org.). **Saúde e revolução:** Cuba. antologia de autores cubanos. Rio de Janeiro: Achiamé-Cebes, 1984.

CHESNAIS, François (Org). **A finança mundializada:** raízes sociais e políticas, configuração, conseqüências. São Paulo: Boitempo, 2005.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital.** Tradução: Silvana Finzi Foá. São Paulo: Xamã. 1996.

CIAVATTA, Maria. Trabalho como princípio educativo. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 408-415.

CIETTO, Luiz. Decretada a extinção do atendente de enfermagem. Análise exegética do Decreto-Lei nº 299/67. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Rio de Janeiro, ano 21, n. 6, dez. 1969, p.579-588.

CYTRYNOWICZ, Roney. A serviço da pátria: a mobilização das enfermeiras no Brasil durante a Segunda Guerra Mundial. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos.** Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 73-91, mar.-jun. 2000.

COIMBRA, Luiz Octávio. Filantropia e racionalidade empresarial (a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro de 1850 a 1920). **Revista do Rio de Janeiro**. Niterói, v.1, n. 3, p. 41-51, maio/ago. 1986.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Sistema 'S' da Saúde**. Disponível em: <www.cns.org.br>. Acesso em: 5 jan. 2010.

_____. ANS e BNDES lançam cartão de financiamento da Saúde. **Revista + Saúde**. ano 6, n. 9, p.8, maio/jun./jul., 2009.

_____. Audiência Pública no Senado discute Projeto de Lei de criação do Sess e Senass. **Revista + Saúde**. ano 2, n.5, p. 5-7, jul./ago./set., 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen n. 276/2003**. Regula a concessão de inscrição provisória ao Auxiliar de Enfermagem. Rio de Janeiro.

_____. **Documentos básicos**. Resolução 186/95. Natal: COFEN, 2002, p. 128-129.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Parecer CNE-CEB n. 10/2000**. Providências do CNE/CEB para orientar os Conselhos Estaduais de Educação sobre procedimentos para implantar a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília: CNE, abr. 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Posição do Conselho Nacional de Saúde a respeito da proposta de criação das organizações sociais**. Brasília, 1997 [mimeo].

_____. **Fundações de Direito Privado e suas consequências**. Brasília: MS/CNS, abr., 2009.

CORBO, Anamaria D'Andrea; MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; PONTES, Ana Lúcia de M. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, Márcia Valéria G.C. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 69-106.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo**. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. O Estado Brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, Júlio C. F.; NEVES, Lucia M. W. (Orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2006. p. 173-200.

_____. As categorias de Gramsci e a realidade brasileira. In: COUTINHO, Carlos N. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. p. 191-219.

_____. **Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

COSTA E SILVA, Leide I.R.; PEDUZZI, Marina. Análise da produção científica sobre recursos humanos de enfermagem no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.19, n.1, p.36-42, 2006.

CRUZ, Maria Áurea da. O estudo da formação profissional da religiosa-enfermeira e os problemas referentes às escolas de enfermeiras em nosso meio. **Anais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, ano 7, n. 2, jun. 1954.

CUNHA, Luiz Antônio. **O ensino de ofícios artesanais e manufatureiros no Brasil escravocrata**. São Paulo: Ed. da UNESP, Brasília, DF: Flacso, 2000.

_____. **O ensino profissional na irradiação do industrialismo**. São Paulo: Ed. da UNESP, Brasília, DF: Flacso, 2000.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DORNELLES, Soraia. Sindicalismo e Enfermagem no Brasil. In: GEOVANINI, Telma et al (orgs.). **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 111-157.

DOURADO, Haydée Guanais. Funcionamento, duração e currículo do curso de Auxiliar de Enfermagem. **Anais de Enfermagem**. São Paulo, v. 4, n.1, jan. 1951.

_____. Novo profissional de enfermagem formado no ciclo colegial na Guanabara. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro, ano 18, abr.-jun., n. 2-3, 1965.

DUARTE, Cristina M. Rabelais. A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico Unimed. In: NEGRI, Barjas; Di GIOVANNI, Geraldo. (Orgs.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, SP: Unicamp, IE, 2001. p. 363-393.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Banco de Dados da Educação Profissional em Saúde**. EPSJV/Fiocruz. Disponível em: <www.observatorio.epsjv.fiocruz.br>.

SCOREL, Sara. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 1998.

FARIA, Lina. **Saúde e Política**: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2007.

FEGHALI, Jandira. **Entrevista**. Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde. Observatório dos Técnicos em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

FERNANDES, Florestan. **Sociedade de classes e subdesenvolvimento**. 5. ed. rev. São Paulo: Global, 2008.

_____. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. 4. ed. rev. São Paulo: Global, 2009.

FIORI, José Luís. Globalização, hegemonia e império. In: TAVARES, M.C.; FIORI, J.L. (Orgs.). **Poder e dinheiro**: uma economia política da globalização. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

FIORI, José Luís. **A governabilidade democrática na nova ordem econômica**. São Paulo: IEA/USP, [1996]. Disponível em: <www.iea.usp.br/artigos>.

_____. Democracia e reformas: equívocos, obstáculos e disjuntivas. **Cadernos da Nona**. IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v.2, 1992, p.43-52.

FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 25-41.

_____; BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo (orgs.) **Saúde em Debate**: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2007.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. A criação da ENSP: integração e diversidade na formação em saúde pública. In: LIMA, Nísia T.; FONSECA, Cristina M.O.; SANTOS, Paulo R. E. dos. (Orgs.). **Uma escola para a saúde**. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2004.

FONTES, Virgínia M. A Democracia Retórica: expropriação, convencimento e coerção. In: MATTA, Gustavo C.; LIMA, Julio César F. (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz/EPSJV, 2008, p. 189-226.

_____. Sociedade Civil no Brasil Contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. In: LIMA, Júlio C. F. e NEVES, Lucia M. W. (orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2006, p. 201-239.

FONTES, Virgínia M. **Reflexões im-pertinentes**: História e capitalismo contemporâneo. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2005.

FORT, Meredith; MERCER, Mary Anne; GISH, Oscar (orgs.). **El negocio de la salud**: los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público. Barcelona: Paidós, 2006.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução de Ligia M. Pondé Vassallo. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

FRANCO, Álvaro. El Área de Libre Comercio-ALCA y el Sector Salud en América Latina. **Rev. Salud Pública**. v.5, n.1, p.1-17, mar. 2003. Disponível em: <http://www.revmed.unal.edu.co/>

FRIGOTTO, Gaudêncio. Capital Humano. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 66-72.

_____. A Relação da Educação Profissional e Tecnológica com a Universalização da Educação Básica. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 28, n. 100 - Especial, p. 1129-1152, out. 2007.

_____. Fundamentos Científicos e Técnicos da Relação Trabalho e Educação no Brasil de Hoje. In: LIMA, Júlio C. F. ; NEVES, Lucia M. W. (Orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2006. p. 241-288.

_____. **Educação e a crise do capitalismo real**. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **A produtividade da escola improdutiva**: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social e capitalista. São Paulo: Cortez, 1986.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. (Orgs.). **Teoria e educação no labirinto do capital**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

_____; RAMOS, M. (Orgs.). **Ensino médio integrado**: concepção e contradições. São Paulo: Cortez, 2005.

FURTADO, André T.; SOUZA, José H. Evolução do setor de insumos e equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no Brasil: a década de 90. In: Negri, B; Di Giovanni, G. (Orgs.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, SP: Unicamp, 2001. p. 63-90.

FURTADO, João. A indústria de equipamentos médico-hospitalares: elementos para uma caracterização da sua dimensão internacional. In: Negri, B; Di Giovanni, G. (Orgs.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, SP: Unicamp, 2001. p. 45-61.

GARCIA, Juan César. **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, Everardo Duarte (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p. 95-132.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983.

GOMES, Maria da Luz Barbosa e SANTOS, Tânia Cristina Franco. **Construindo a identidade sindical das enfermeiras no Rio de Janeiro (1978-1984)**. Rio de Janeiro, 2005. (mimeo).

GONÇALVES, Wagner. **Parecer sobre terceirização e parcerias na Saúde Pública**. Brasília: Ministério Público Federal, maio 1998. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cns>.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. Ed. e trad. de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. v.2.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. Tradução de Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

HIRATA, Helena. Da polarização das qualificações ao modelo de competência. In: FERRETI, Celso João et al. **Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate interdisciplinar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

HOBBSBAWM, Eric. **Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991**. Tradução: Marcos Santarrita. 2. ed., São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

HONG, Evelyne. El movimiento en favor de la atención primaria de la salud se enfrenta al libre mercado. In: FORT, Meredith; MERCER, Mary Anne; GISH, Oscar (Orgs.). **El negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público**. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. 2006, p. 73-96.

IANNI, Octavio. **Estado e planejamento econômico no Brasil**. 5. ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

IBAÑEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1831-1840, 2007. (Supl.)

IBGE. **Análise de alguns indicadores da pesquisa de assistência médico-sanitária 2005**.

Disponível em:

<<http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/comentarios.pdf>>. Acesso em: 27 de agosto de 2007

IRIART, Celia; MERHY, Emerson E.; WAITZKIN, Howard. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.95-105, jan.-mar., 2000.

IRIART, Celia. Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1619-1626, 2008.

KERGOAT, Danièle. Da divisão do trabalho entre os sexos. Tradução: Helena Hirata. **Tempo Social**. São Paulo, v.1, n.2, p. 88-96,1989.

KHOURY, Yara Aun (Coord.). **Guia dos arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil**: (fundadas entre 1500 e 1900). São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo: PUC-SP/CEDIC: FAPESP, 2004. v. 1, 2.

KOWARICK, Lúcio. **Trabalho e vadiagem**: a origem do trabalho livre no Brasil. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

KUENZER, Acácia Z. **Ensino de 2º grau**: o trabalho como princípio educativo. São Paulo: Cortez, 1988.

LABRA, Maria Eliana. **O movimento sanitarista nos anos 20**: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil. 1985. Dissertação (Mestrado) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1985.

LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3. ed., Trad. de Rodrigo Leon Contrera. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. A Privatização Seletiva na Seguridade Social e na Saúde. In: MALAGUTI, M. L.; CARCANHOLO, M. D.; CARCANHOLO, R. A. (Orgs.). **A quem pertence o amanhã?** Ensaios sobre o neoliberalismo. São Paulo: Loyola, 1997. p. 133-140.

_____. La Salud: de derecho social a mercancía. In: LAURELL, A. C. (Coord.). **Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud**. México: UAM Xochimilco, 1994. p. 9-31.

LEITE, Márcia de Paula. **Trabalho e sociedade em transformação**: mudanças produtivas e atores sociais. São Paulo: Perseu Abramo, 2003.

LIMA, Júlio César França. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: FONSECA, A. e STAUFFER, A. (Orgs.) **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. 2007. p. 57-96.

LIMA, Júlio César França. **Trabalhadores de saúde (1900-1920)**: contribuição para sua história. 1994. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Estudos Avançados em Educação, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1994.

_____. (Coord.) **Utopia, trabalho e democracia**: caderno comemorativo dos dez anos do Curso Técnico de Nível Médio em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz-EPSJV, 1998.

_____ et al. Educação profissional em saúde: uma análise a partir do Censo Escolar 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde-OPAS. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, v.2, p. 203-222.

LIMA, Júlio César França. Mapeando a educação Profissional de nível técnico em saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde-OPAS. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, v.1, p. 293-316.

_____. Educação profissional em Enfermagem: uma releitura a partir do Censo Escolar 2001. **Formação**. Brasília: Ministério da Saúde. v.2, p.37-54, 2002.

_____; NEVES, Lúcia Maria Wanderley. **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz/EPSJV, 2006.

_____; PRONKO, Marcela A. Verbetes Trabalho Complexo e Trabalho Simples. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 265-269, 294-298.

_____; PEREIRA, Isabel Brasil. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

LIMA, Kátia Regina de Souza; MARTINS, André Silva. Pressupostos, Princípios e estratégias. In: NEVES, Lúcia Maria W (Org.). **A nova pedagogia da hegemonia**: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005. p. 43-67.

LIMA SOBRINHO, Vivaldo de. **A política de saúde pública e o movimento sanitário brasileiro (1920-1950)**. 1981. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1981.

LOPES, Marta Julia Marques. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: LOPES, Marta J. M.; MEYER, Dagmar E.; WALDOW, Vera R. (Orgs.) **Gênero & Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p.55-62.

LOWY, Michael. **Ideologias e ciência social**: elementos para uma análise marxista. 4.ed. São Paulo: Cortez, 1988.

LUKÁCS, George. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. **Revista Temas de Ciências Humanas**, v. 4, p. 1-18, 1978.

LUZ, Madel Therezinha. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACÊDO, Carlyle Guerra de; SANTOS, Isabel dos; VIEIRA, Cesar Augusto de Barros. Uma experiência de formação de pessoal de saúde no Brasil. **Educacion Médica y Salud**, v. 14, n. 1, 1980.

MACHADO, Cristiani Vieira. Novos Modelos de Gerência nos Hospitais Públicos: as experiências recentes. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 105-197, 2001.

MACHADO, Lucilia R. S. Mudanças tecnológicas e a educação da classe trabalhadora. In: _____ et al. **Trabalho e educação**. 2. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1994.

MALHÃO, A.; CORTES, B.A.; LIMA, J.C.F. Escola Politécnica de Saúde: uma utopia em construção, dez., 1987. In: LIMA, J.C.F. (Coord.). **Utopia, trabalho e democracia**: caderno comemorativo dos dez anos do Curso Técnico de Nível Médio em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV-Fiocruz, 1998.

MARQUES, Cláudia Maria da Silva. Certificação de competências profissionais: o que o PROFAE está pensando e fazendo. **Formação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 53-60.

MÁRQUEZ, Miguel. **Sergio Arouca**: su comprometida labor internacionalista. Cuba, 2007.

MARTINS, André Silva. Estratégias burguesas de obtenção do consenso nos anos de neoliberalismo da terceira via. In: NEVES, Lúcia M. W. (Org.). **A nova pedagogia da**

hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005. p. 127-174.

MARTINS, José de Souza. **Contradições da economia brasileira**. Disponível em: <www.acesa.com/gramsci/>. Acesso em: fev. 2008.

MARX, K. **O Capital**. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988. v.1, 2.

_____. **O Capital**. São Paulo: Liv. Ed. Ciências Humanas, 1978. Capítulo 6 (inédito).

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G.C; MOURA, A.L.de (Orgs.) **Políticas de saúde:** a organização e a operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.61-80.

_____. A Organização Mundial da Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 371-396, 2005.

MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde:** contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz/EPSJV, 2008.

MEDICI, André Cezar. A força de trabalho em saúde no Brasil dos anos 70: percalços de tendências. In: MEDICI, A. C. (Org.). **Textos de apoio. Planejamento I. Recursos humanos em saúde**. Rio de Janeiro: PEC; ENSP; Abrasco, 1987, p. 39-50.

MEDICI, André Cezar; PAIM, Elza Ramos. Estrutura e Dinâmica da Força de Trabalho em Enfermagem. In: MEDICI, A. C. (Org.). **Textos de apoio. Planejamento I. Recursos humanos em saúde**. Rio de Janeiro: PEC; ENSP; Abrasco, 1987, p. 124-140.

MELO, Adriana Almeida Sales de. **A mundialização da educação: consolidação do projeto neoliberal na América Latina. Brasil e Venezuela**. Maceió: EDUFAL, 2004.

MELO, Marcelo Paula de; FALLEIROS, Ialê. Reforma da aparelhagem estatal: novas estratégias de legitimação social. In: NEVES, Lúcia M. W. (Org.). **A nova pedagogia da hegemonia:** estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005. p. 175-192.

MELLO, João Manuel Cardoso de. **O capitalismo tardio**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.

MENELEU NETO, José et al. Características regionais do emprego em Enfermagem no Brasil: 1995-2000. **Formação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 71-92.

MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

_____. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Cefor, 1992.

_____. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MERHY, Emerson Elias; BUENO, Wanderley Silva. **Organizações sociais: autonomia de quem e para que?** Campinas, jun. 1998. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cns>.

MINTEGUIAGA, Analía. De la focalización individual a la focalización de los derechos: crítica a la propuesta del Universalismo Básico. In: LOBATO, Lenaura V.C.; FLEURY, Sonia. **Seguridade social, cidadania e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 47-65.

NAKAMAE, Djair Daniel. **Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão**. São Paulo: Cortez, 1987.

NAVARRO, Vicente. **?Qué está ocurriendo en la Organización Mundial de la Salud?** Tradução: Blanca Aragoncillo Cascón e Bárbara Cruz Oliva. 2006 [mimeo].

NETO, Benedito Rodrigues de Moraes. **Marx, Taylor, Ford: as forças produtivas em discussão**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

NEVES, Lúcia M. W.; PRONKO, Marcela A. **O Mercado do conhecimento e o conhecimento para o mercado: da formação para o trabalho complexo no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. A sociedade civil como espaço estratégico de difusão da nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (Org.). **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso**. São Paulo: Xamã, 2005. p.85-125.

_____. **A hora e a vez da escola pública?: um estudo sobre os determinantes da política educacional do Brasil de hoje**. 1991. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1991.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica**. São Paulo: Ed. da UNESP, 2007.

_____. A força de trabalho em saúde. In.: MEDICI, A. C. (Org.). **Textos de apoio. Planejamento I. Recursos humanos em saúde**. Rio de Janeiro: PEC; ENSP; Abrasco, 1987, p. 13-18.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. In.: NUNES, Everardo Duarte. **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: OPAS, 1985.

_____. **Capital e trabalho nos serviços de saúde**. Brasília, 1979. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/nesp/subsecoes.php?subsecao=Gestão&secao=Projetos%20e%20Estudos>>.

NUNES, Everardo Duarte. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: NUNES, Everardo Duarte. **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: OPAS, 1985, p.31-79.

OLIVEIRA, Jaime A, de Araújo; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco. 1986.

OLIVEIRA, Francisco de. O momento Lênin. **Novos Estudos Cebrap**. n.75, p.23-47, jul. 2006.

_____. **Crítica à razão dualista: o ornitorrinco**. São Paulo: Boitempo, 2003.

_____. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

_____. O terciário e a divisão social do trabalho. **Estudos Cebrap**, n. 24, 1981, p.155-156. Disponível em: <www.cebrap.org.br>.

OPS/OMS. **Reunión sobre Lineamientos Generales para los Programas de Formación y Desarrollo de Técnicos Medios. Informe Final**. Washington, D.C., 1985. Série de Desarrollo de Recursos Humanos, n, 65.

_____. **Economía de la salud: perspectivas para América Latina**. Washington, DC, 1989. Publicación Científica n, 517.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Comite de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar**. Genebra: OMS. Serie de Informes Técnicos, n. 109, jul., 1956.

_____. **Empleo y formación de auxiliares de Medicina, Enfermería, Partería y Saneamiento**. Genebra: OMS, 1961. Serie de Informes Técnicos, n. 212.

_____. **Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud**. Genebra: OMS, 2000.

_____. **Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários: agora mais que nunca**. Genebra: OMS, 2008.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 51, n. 2, abr./jun., 1998. p. 253-262.

PAIM, Elza. A formação de enfermeiros no Brasil na década de 70. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.53, n.4, abr./jun., 2001, p. 185-196

PAIM, Jairnilson Silva. A formação de recursos humanos em saúde coletiva: contribuição da residência em medicina preventiva e social. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 88-94, maio/ago. 1985.

_____. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson S.; TEIXEIRA, Carmen F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 12, p.1819-1829, 2007. Suplemento.

PAREDES, Raul Lopez. Las negociaciones del tratado de libre comercio, la salud y la vida (reflexiones sobre los riesgos). **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, n.81, jan./abr. 2009, p.171-184.

PARSONS, Ethel. Organização do serviço de enfermagem de saúde pública. **Anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Higiene**, 1923. p. 139-43.

PAULANI, Leda Maria. **Brasil Delivery**: servidão financeira e estado de emergência econômico. São Paulo: Boitempo, 2008.

_____. O Projeto Neoliberal para a Sociedade Brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, J.C.F.; NEVES, L.M.W. **Fundamentos da educação escolar no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2006, p. 67-107

PEDUZZI, Marina; ANSELMINI, Maria Luiza. O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.57, n.4, p. 425-9, jul./ago. 2004.

_____. et al. Análise da qualidade do desempenho de técnicas de enfermagem. **Formação**. Brasília. Ministério da Saúde, 2003. p. 23-40.

PEREIRA, Isabel B.; Ramos, Marise N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2006.

PEREIRA, Larissa Dahmer. A Gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 363-382, 2004.

PESSÔA, Luisa Regina. **Mergulho em Montes Claros**: desafios da alocação de recursos na Rede SUS. 2005. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

PETEROSSI, Helena G. **Educação e mercado de trabalho**: análise crítica dos cursos de tecnologia. São Paulo: Edições Loyola. 1980.

PINHEIRO, Maria Rosa Sousa. Problemas de Enfermagem no Brasil. **Anais de Enfermagem**. São Paulo, v. 4, n. 4, out., 1951.

PIRES-ALVES, Fernando A.; PAIVA, Carlos H. A. **Recursos Críticos**: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988). Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2006.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

_____. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. Brasil: 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. Divisão Técnica do Trabalho em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 92-97.

POCHMANN, Márcio. Economia Brasileira Hoje: seus principais problemas. In: LIMA, Júlio C. F.; NEVES, Lucia M. W. (Orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Ed. da FIOCRUZ, 2006. p. 109-131.

_____. **A década dos mitos**. São Paulo: Contexto, 2001.

RAMOS, Marise Nogueira. Pedagogia das Competências. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 299-305.

_____. et al. **Um panorama sobre as correntes pedagógicas críticas e não-críticas**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008a [mimeo]

_____. **A educação profissional em saúde no Brasil**: concepções e práticas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ET-SUS). Relatório preliminar de pesquisa. EPSJV-Fiocruz/UERJ, Rio de Janeiro, set., 2008b.

_____. **Referências teórico-metodológicas da educação profissional em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. 2007 [mimeo].

_____. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. Experiências em gestão descentralizadas de redes e organizações. In: NEGRI, Barjas; Di GIOVANNI, Geraldo. (orgs.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, SP: Unicamp. IE, 2001. p. 529-554.

RIBEIRO, Edilza M.; PIRES, Denise E.; BLANK, Vera Lúcia G. A Temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.

In: FONSECA, Angélica F. (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 97-115.

RIVERA, Francisco J. U. Aspectos históricos do planejamento de saúde na América Latina. **Saúde em Debate**, n.14, p. 45-49, 1982. Cebes.

_____. Planejamento de Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 312-317.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ROCHA, Dulce N. *et al.* **Manual de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: MTb/SMO/PIPMO/SENAC, 1979. Série Metodicas Ocupacionais para o Setor Terciário. Coleção Enfermagem.

RODRIGUES, José. **O moderno príncipe industrial: o pensamento pedagógico da Confederação Nacional da Indústria**. Campinas, SP: Autores Associados, 1998.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Ed. da FIOCRUZ, 2003.

_____. **Integração Docente-Assistencial em Saúde: origens, implicações e perspectivas**. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1979.

ROMANELLI, Otaíza de Oliveira. **História da educação no Brasil (1930/1973)**. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Tradução de Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SANTOS, Izabel dos. **Entrevista**. Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde. Observatório dos Técnicos em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

SANTOS, Izabel dos; SOUZA, Alina. A formação de pessoal de nível médio pelas instituições de saúde: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção. **Saúde em Debate**, n. 24, p. 61-64, mar., 1989.

SAVIANI, Dermeval. **História das idéias pedagógicas no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Campinas, SP: Autores Associados, 2008.

SAVIANI, Dermeval. O Choque Teórico da Politecnia. **Trabalho, Educação e Saúde**. v.1, n.1, mar., 2003, p. 131-152. [Publicado originalmente como SAVIANI, D. Sobre a concepção de politecnia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Politécnico de Saúde Joaquim Venâncio, 1987].

SCHRAIBER, Lilia. **Educação médica e capitalismo**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

SCHRAIBER, Lilia B.; PEDUZZI, Marina. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educacion Medica y Salud**. Washington, v.27, n. 3, p. 295-313, 1993.

SICSÚ, João (org.). **Arrecadação (de onde vem?) e gastos públicos (para onde vão?)**. São Paulo: Boitempo, 2007.

SILVA, Graciette Borges da. **A enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, Silvio Fernandes da. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.33, n.81, p.38-46. jan./abr. 2009.

SINGER, P. et al. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SOUZA, José Alberto H. de. O modelo PIASS, sua programação e sua evolução para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980. p. 77-99.

STARR, P. **La Transformación Social de la Medicina en los Estados Unidos de América**. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.

TAVARES, Maria da Conceição; BELLUZZO, Luiz Gonzaga. A Mundialização do Capital e a Expansão do Poder Americano. In: FIORI, J.L. **O poder americano**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

TAVARES, Maria da Conceição; FIORI, José Luís. **(Des)ajuste global e modernização conservadora**. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. **Educação e Saúde: contribuição ao estudo dos agentes das práticas de saúde no Brasil**. 1982. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury *et al.* **Antecedentes da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz, 1988.

_____. (Org.). **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

TORREZ, Milta Neide F. Barron. Sistema de Certificação de Competências PROFAE: bases conceituais. **Formação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 45-51.

UGÁ, Maria Alicia D.; MARQUES, Rosa Maria. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2005. p. 193-233.

VIANNA, Luís Werneck. **Liberalismo e sindicato no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler (Org.). **Trabalhadores de saúde em números**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; OLIVEIRA, Eliane dos Santos. A equipe de enfermagem no mercado de trabalho em saúde no Brasil. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.25, n.57, p.63-70, jan./ abr., 2001.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; SILVA, Maria Therezinha Nóbrega da. Pessoal de Enfermagem no Brasil e Evolução da Formação do Enfermeiro. **Revista de Enfermagem**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.13-20, maio 1994.

VIEIRA, Mônica *et al.* A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa AMS/IBGE. **Formação**, Brasília, DF, v.3, n. 8. p.29-46, maio/ago., 2003.

WERNECK VIANNA, Maria Lúcia T. Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos. In: VIANA, A. L. A.; ELIAS, P. E. M.; IBAÑEZ, N. (orgs.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 89-122.

WOOD, Ellen M. **Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico**. São Paulo: Boitempo, 2003.